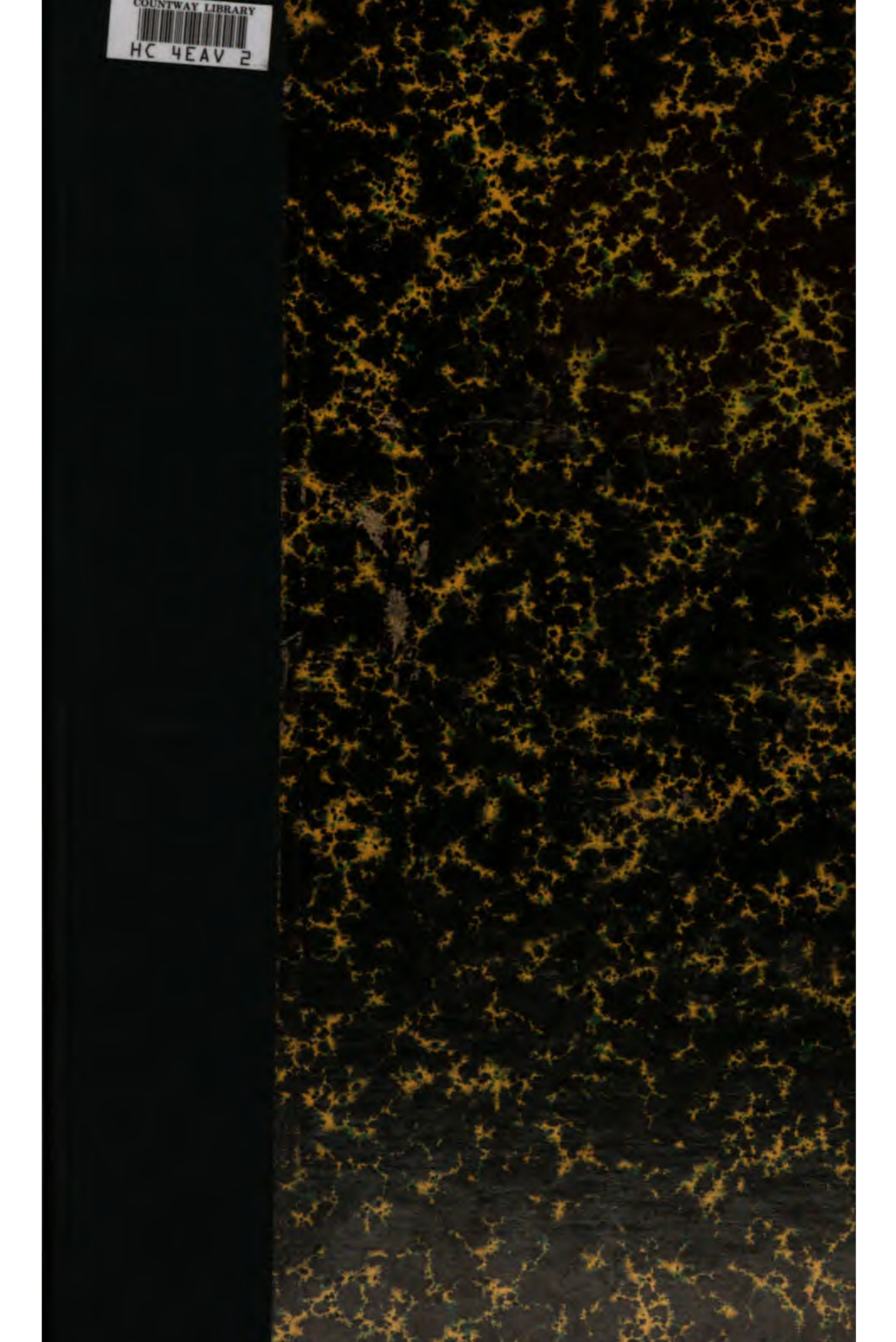

COUNTWAY LIBRARY
HC 4EAV 2


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO



ÉCHO MÉDICAL DU NORD

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ANNÉE 1906

COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1906 :

MM. ARQUEMBOURG ; BACHMANN ; BERTIN ; BRETON ; BUTRUILLE ; CALMETTE ; CANNAC ; CARLIER ; COLLE ; COMBEMALE ; DEBEYRE ; DELÉARDE ; DOURIEZ ; DRUCBERT ; DUBAR (Léon) ; DUBAR (Louis) ; DUBOIS ; DUPUIS ; DUVILLIER ; FAMECHON ; FOLET ; GAEHLINGER ; GAUDIER ; GAYET ; GELLÉ ; GÉRARD (Georges) ; GÉRARD (Maurice) ; GRYSEZ ; GUÉRIN ; HANNART ; HOREL ; INGELRANS ; JACQUEY ; JOB ; JULLIEN ; LAGUESSE ; LAMBRET ; LE FORT ; LEMAIRE ; LEROY ; LEVADITI ; LOOTEN ; LORTHIOIS ; MAGUIN ; MALMÉJAC ; MANOUVRIEZ ; MINET ; MOTY ; OUI ; PAINBLAN ; PAQUET (Pierre) ; PAQUET (André) ; PATOIR ; PAUCHET ; PAUCOT ; PETIT (Georges) ; RAVIART ; SONNEVILLE ; THOORIS ; TONNEL ; TRAMBLIN ; VANSTEENBERGHE ; VANVERTS ; VERHAEGHE (Désiré) ; VERHAEGHE (Etienne) ; VERNY ; WERTHEIMER.



LILLE

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE LE BIGOT FRÈRES

Rue Nationale, 68, et rue Nicolas-Leblanc, 25.

1906

N° 469. Dixième Année. N° 1. Le Numéro : 10 centimes 7 Janvier 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

9750

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

La Rédaction

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1906

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de Saint-Sauveur

M. le Professeur **H. Folet**

L'anesthésie chirurgicale et ses récents progrès

Leçons recueillies par **J. Minet**, interne du service.

MESSIEURS,

Vous verrez ici à chaque instant, tous les jours et souvent plusieurs fois par jour, anesthésier des malades pour leur faire subir les opérations que nécessite leur état. Je voudrais, en commençant les leçons cliniques de ce semestre, vous parler de cette anesthésie chirurgicale elle-même, vous parler surtout des progrès accomplis dans sa technique pendant les dernières années.

L'anesthésie chirurgicale, vous le savez, c'est la suppression volontaire, systématique, de la douleur pendant les opérations. Sa pratique remonte à une soixantaine d'années, tout au plus. Je n'ai pas connu l'époque où elle n'existait pas encore ; mais mon maître VERNEUIL l'avait connue dans les premiers temps de sa vie chirurgicale, et se plaisait à nous le rappeler. En 1843, l'année de ma naissance, VELPEAU, dans la préface de sa *Médecine opératoire*, écrivait cette phrase : « La suppression de la douleur dans les « opérations chirurgicales, est une chimère qu'il n'est » plus désormais permis de poursuivre ».

En matière de science appliquée il ne faut jamais déclarer quelque chose impossible ; on peut être à brève échéance brutalement démenti par les faits. Deux ans plus tard l'éthérisation faisait son apparition dans le nouveau monde ; découverte et exploitée par deux dentistes américains, MORTON et JACKSON, qui eurent bientôt entr'eux des querelles de priorité et de boutique. Rapidement le chloroforme succéda à l'éther, certaines écoles chirurgicales conservant pourtant à l'éther la toute première place dans leurs

sympathies. Je n'ai point l'intention de m'appesantir sur ces questions d'historique, et je passe sans insister.

En peu de temps, on voit la pratique de l'anesthésie chirurgicale se répandre dans le monde entier, malgré les insuccès, malgré les catastrophes rapidement relevées à son passif.

C'est qu'en effet l'anesthésie générale n'est pas sans danger. On peut mourir par le chloroforme; on peut mourir par l'éther. Et tous les cas de mort ne sont pas connus : on ne les publie guère, en effet ; et dans les services où ils se produisent, si tragiquement impressionnants qu'ils soient à l'heure même, on les classe et on les oublie vite.

Par le chloroforme, on peut mourir de 3 façons différentes :

1° Par syncope cardiaque réflexe, très rapide, dès les premières bouffées de chloroforme. C'est rare. Le réflexe agit aussitôt, dit-on, sur le nerf pneumogastique, dont vous connaissez l'influence d'arrêt sur le cœur ; et le résultat en est une cessation immédiate des pulsations cardiaques. L'origine de ce réflexe est laryngienne, d'après la plupart des physiologistes ; ALPHONSE GUÉRIN cependant croyait à une origine nasale, et prétendait se préserver du danger en pinçant, au début de la chloroformisation, les narines de son malade.

La syncope cardiaque du début, vous ai-je dit, est rare ; si rare même que des physiologistes de la valeur de VULPIAN ont mis son existence en doute, se demandant si l'on n'avait pas affaire à une coïncidence de syncope émotive. Et assurément certains faits, exceptionnels à la vérité, semblent étayer cette théorie : le cas ancien de DESAULT, dont le malade meurt de syncope au moment où le chirurgien indique du doigt le tracé de l'incision qu'il va pratiquer; le cas. plus moderne, de SIMPSON qui, ayant cassé son flacon de chloroforme, opère sans anesthésie et voit, dès le premier coup de bistouri, le malade pâlir et mourir. VERNEUIL nous racontait un fait personnel analogue à celui-là. CAZENEUVE, de Bordeaux, voulant, dans une opération rapide, faire croire au patient qu'on l'insensibilise, lui met sur le nez une simple compresse de linge ; le malade tombe en syncope et meurt, etc., etc.

2° Le plus souvent ce n'est pas au début, c'est dans le cours de la chloroformisation que se produisent les accidents. Dans l'anesthésie générale les fonctions cérébrales ne se suppriment pas toutes en bloc et instantanément. Après une période d'agitation, d'excitation loquace plus ou moins longue, les fonctions intellectuelles disparaissent les premières : le malade est inconscient, incapable d'entendement et de volonté. Ensuite, ce sont les phénomènes sensitifs qui cessent : le sujet ne sent plus le contact ni la douleur, n'entend plus, ne voit plus. Enfin se produit la cessation des mouvements des muscles, ce que l'on appelle la résolution musculaire. Cette résolution une fois complète, le sujet est prêt pour l'opération, et doit être maintenu à cette période durant tout le cours de l'intervention. Si l'action du chloroforme est poussée plus loin, on arrive à la quatrième phase, à la phase néfaste de la paralysie bulbaire : Le bulbe commande aux battements du cœur et aux mouvements respiratoires ; sa paralysie amène la cessation de ces mouvements et battements, et la mort s'en suit. C'est là la forme habituelle, courante, sous laquelle se produisent les accidents chloroformiques. Il n'est du reste pas bien étonnant que dans le maniement délicat d'un agent toxique dont l'action doit aller jusqu'à la résolution musculaire mais pas plus loin, la limite soit parfois légèrement dépassée et qu'on aille jusqu'à la suppression des fonctions du bulbe.

3° Enfin, il est une dernière façon de mourir du chloroforme, mode aussi rare, peut-être plus rare encore que le premier : c'est la mort après une chloroformisation très longtemps prolongée, mort se produisant par accumulation de chloroforme dans le sang, par intoxication sanguine.

Quelle que soit la pathogénie des accidents chloroformiques, voyons maintenant de quelle cause directe ils relèvent. On a incriminé la qualité du chloroforme. Assurément, il faut employer exclusivement du chloroforme chimiquement pur. Le chloroforme impur, ou trop vieux et renfermant du chlore et de l'acide chlorhydrique libres, pourra donner de la toux, et du spasme laryngien provoquant quelques symptômes asphyxiques passagers ; mais je doute que cette impureté seule ait été souvent cause de morts chloroformiques. On a incriminé aussi l'état de santé antérieur du sujet ; en particulier, les cardiopathies de tout genre ont été accusées de prédisposer beaucoup aux syncopes chloroformiques. De fait, ici encore on a beaucoup exagéré : avec un simple redoublement de prudence et de surveillance, on arrive à mener à bien une chloroformisation, même longue, chez des cardiaques avérés. L'alcoolisme donne des anesthésies

précédées de délire bruyant et d'agitation intense, souvent coupées d'arrêts respiratoires alarmants. Ce sont toujours des malades ennuyeux à endormir que les éthyliques.

Enfin et surtout, on a incriminé les distractions de l'aide chargé du chloroforme, souvent un étudiant en médecine que l'opération elle-même intéresse, et qui cherche à en suivre les détails. Le chloroformisateur doit absolument concentrer sur le malade son attention de tous les instants ; il doit faire abstraction de l'opération, pour ne songer qu'au rôle important à lui confié.

Il y a eu, il y a encore, des divergences sur la manière d'administrer le chloroforme à la compresse. Je veux vous parler du procédé de la compresse, quoique vous ne deviez plus guère le voir employer dans le service, aujourd'hui que nous l'avons remplacé par l'emploi d'un appareil. J'entends même anesthésier parfois devant vous suivant le mode antique, pour vous apprendre cette vieille technique. Car, plus tard, quand vous serez médecin pratiquant, en admettant même, et je vous y engage, que vous soyez muni d'un appareil de précision, vous ne l'aurez pas toujours sous la main ; il vous arrivera plus d'une fois d'être à l'improviste obligé de donner le chloroforme d'urgence (pour une hernie étranglée, une luxation à réduire, pour une manœuvre obstétricale, etc.) et vous devrez forcément avoir recours à la compresse. Quand je parle de la chloroformisation *à la compresse*, je comprends dans cette même technique l'anesthésie donnée à l'aide des masques variés imaginés pour remplacer cette compresse par un petit appareil plus commode. Voici par exemple un masque métallique de Lefort, un masque en flanelle sur carcasse de fil de fer de Guyon, le masque de Rédier qui facilite le versement goutte à goutte ; mais tout cela sans qu'aucune idée de dosage exact, et surtout de titrage, ait présidé à la confection de ces divers appareils.

Je vous répète donc qu'il y a eu des divergences sur la manière d'administrer le chloroforme à la compresse. Saint-Germain le donnait, dès le début, à doses massives, sidérant en quelque sorte son malade, et supprimant presque complètement la période d'excitation ; il continuait l'anesthésie par des doses moins massives, mais encore très fortes. Cette méthode est dangereuse. Une autre méthode, celle des intermittences régulières, faisant respirer au malade tantôt du chloroforme pur, tantôt de l'air pur, a, comme la première, cédé le pas à la méthode des doses faibles et continues sans intermittences, à laquelle tout le monde s'était à peu près rallié.

Le malade étant débarrassé de tout ce qui pourrait gêner sa respiration (ceinture, corset, etc.), après s'être assuré qu'il n'a pas de fausses dents dont la chute dans l'arbre aérien pourrait amener de l'asphyxie, on applique sur les os propres du nez, en la serrant entre le pouce et l'index, une compresse pliée en quatre doubles ; et on fait faire au sujet quelques respirations à blanc, sans rien verser sur la compresse. Puis, sur la face externe de la dite compresse on verse cinq ou six gouttes de chloroforme ; et on la retourne vivement, en ayant soin de bien l'ajuster autour de la bouche, afin que le sujet n'absorbe pas d'air pur. Toutes les minutes on répète la même manœuvre, et on arrive ainsi, après un temps variable, à l'anesthésie complète, que l'on maintient, en diminuant lentement la quantité de chloroforme donné, et en espaçant les retournements de compresse.

Pendant toute l'anesthésie les auteurs classiques recommandent de « *tenir la compresse plaquée sur le* » *nez et la bouche*, et de la retourner vivement à » chaque instillation nouvelle de chloroforme, pour » *empêcher le patient d'absorber de l'air* (1). » Et deux pages plus loin le même auteur insiste beaucoup : « La compresse ne doit pas flotter sur les narines et » la bouche, mais *être collée sur ces orifices à l'aide des* » *deux mains superposées* sur la figure ; de cette façon » on *restreint l'entrée de l'air* et l'anesthésie se pratique » très facilement. *Pour être plus sûr que l'air ne* » *pénètre pas*, il nous est fréquemment arrivé de » placer au niveau du bord inférieur de la compresse » une serviette pliée en plusieurs doubles. » Sur ce point de technique, qui me semble périlleux, je n'étais pas depuis longtemps d'accord avec les classiques, ainsi que je vous l'exposerai plus loin.

Pendant tout le temps de la chloroformisation, il faut surveiller de près le malade, je ne saurais trop le répéter : de temps en temps tâter le pouls à la temporale ; et surtout examiner constamment avec attention la respiration, car, en cas d'accident, toujours elle s'arrête avant le pouls ; *(cor ultimum moriens)*. Il faut donc *voir* le malade respirer ; si l'ombilic est découvert, ses mouvements de va et vient

(1) Petite chirurgie de Jamain et Tenier, dernière édition, p. 727.

vous renseignent. Sinon il faut *entendre* respirer le patient ou *sentir* son souffle sur les mains.

Un petit accident assez fréquent, c'est la chute en bloc de la masse musculaire linguale au fond du pharynx. On la devine au bruit de cornage spécial que fait la respiration du malade, et à l'asphyxie dont l'arrivée ne tarde guère. On y remédie aisément, en portant en avant le maxillaire inférieur au moyen des deux pouces appliqués au niveau de ses angles ; ou encore en accrochant et en ramenant en haut l'os hyoïde, sur lequel s'insèrent la plupart des muscles linguaux. Si ces moyens simples ne suffisent pas, on saisit l'extrémité antérieure de la langue au moyen d'une pince spéciale dite pince à langue, et on l'attire fortement au dehors.

Le chloroformisateur doit examiner souvent aussi la sensibilité de la conjonctive : c'est en effet l'une de celles qui subsistent le plus longtemps, moins longtemps pourtant encore que celle de la zone anale et que celle de la vessie à la distension. L'examen de l'œil renseigne en outre sur l'état de la pupille : on doit la voir se contracter peu à peu, à mesure qu'avancent les progrès de l'anesthésie ; quand celle-ci est complète, la pupille doit être très contractée, parfois même punctiforme. Quand elle se dilate au début de la chloroformisation, c'est un signe presque certain de vomissements prochains, et il suffit souvent d'augmenter un peu la dose d'anesthésique pour les éviter. Quand au contraire, dans le courant de l'anesthésie, elle se dilate tout d'un coup, brusquement, c'est un présage d'accidents imminents, et il faut alors redoubler de vigilance, et arrêter l'anesthésie.

On le voit, la chloroformisation à la compresse est une besogne délicate. Si, cependant, malgré toutes les précautions prises, un accident survient, — et je ne vous souhaite point d'assister à l'une de ces scènes tragiques d'alerte chloroformique, — l'anesthésiste doit immédiatement prévenir l'opérateur, et mettre tout en œuvre pour parer aux accidents menaçants. On cesse immédiatement toute inhalation, cela va de soi. On attire le malade vers le bord de la table pour lui mettre la tête en position déclive. On pratique la respiration artificielle, que je ne vous décrirai pas ici, car il est difficile de le faire clairement, mais que je vous montrerai là-haut sur un sujet de bonne volonté. On y ajoute les tractions rythmées de la langue d'après la méthode de Laborde, tractions faites avec la pince à langue et isochrones aux mouvements de respiration artificielle.

Assez souvent, ces manœuvres sont efficaces ; et, heureusement, on n'a pas à enregistrer une mort chaque fois qu'on assiste à une alerte chloroformique. Si ces manœuvres ne donnent pas de résultat, on fait, tout en les continuant, de la révulsion sur toute la surface cutanée et surtout sur la poitrine (manteau de Mayor, raies de feu). En même temps on faradise le diaphragme (en plaçant l'une des électrodes au-dessus de la clavicule au niveau du nerf phrénique, l'autre au niveau des insertions costales du diaphragme). On peut, pour aider à la respiration artificielle, insuffler de l'air dans la trachée, pratiquer le tubage et même la trachéotomie.

Enfin on a fait dans ces dernières années, en tant que moyen désespéré, le massage direct du cœur, soit en pratiquant un volet costal, soit sous-diaphragmatiquement si le ventre est ouvert pour une laparotomie. Je signale même à votre attention un récent et curieux article de MM. Gross et Sencert où ils proposent, dans ces cas ultra-graves, de laparotomiser intentionnellement pour masser sous-diaphragmatiquement le cœur (1). Voici, rapidement résumée, la technique de cette intervention : Laparotomie médiane sus-ombilicale. Par l'ouverture du ventre, on introduira profondément la main et le poignet sous la coupole diaphragmatique. Ecartant le lobe gauche du foie, vers la droite, et l'estomac vers la gauche, la main atteint le centre phrénique du diaphragme. Lorsque l'anesthésie est profonde, à plus forte raison lorsque l'individu est en syncope, le diaphragme est flasque et presque flottant. Ce n'est plus un muscle fortement tendu, c'est un voile que la main déprime et dont elle se coiffe presque comme d'un gant. Dans l'observation de Gross et Sencert, le diaphragme n'opposa aucun obstacle à la main, qui put saisir le cœur et le masser sans la moindre difficulté. Pour pratiquer le massage, on saisira la pointe du cœur et toute la partie ventriculaire entre les doigts de la main droite, le pouce en avant, les quatre doigts en arrière et on commencera les mouvements rythmiques. Cette méthode permet de continuer la respiration artificielle par pression directe du thorax.

Le massage *sous-diaphragmatique*, employé trois fois chez l'homme (Starling, Cohen, Gross et Sencert), *a donné trois succès.* »

(1) *Archives générales de médecine*, 5 sept. 1905.

***

Depuis vingt-cinq ou trente ans, le nombre des opérations s'est accru dans des proportions considérables, avec les rapides progrès de l'antisepsie et de l'asepsie. Le nombre des opérations augmentant, le nombre des chloroformisations augmentait aussi, et, par conséquent, le nombre des accidents. Aussi a-t-on cherché des moyens de les éviter. En certains milieux chirurgicaux on pense les trouver dans le choix de l'anesthésique. A Lyon, à Genève, à Boston, aujourd'hui encore, on n'emploie guère que l'éther, déclaré beaucoup moins dangereux que le chloroforme. On l'administre à l'aide d'une sorte de sac, — que voici, — sac en caoutchouc, flottant à côté de la tête du malade, et pourvu d'un entonnoir ovale ou d'une simple monture en métal, que l'on peut appliquer sur le nez et la bouche du sujet. Assurément, l'éther est moins shockant, il cause moins de vomissements post-anesthésiques que le chloroforme : aussi a t :l ses indications particulières. Quant à moi, je l'emploie chez les malades très affaiblis et déprimés. Mais, à *côté* de cela, l'éther a des inconvénients sérieux : d'abord, l'anesthésie est infiniment plus lente à se produire. L'éther est un vaso-dilatateur congestionnant la face et irritant des bronches : il n'est pas rare de voir se développer, après l'anesthésie éthérée, des bronchites, des congestions pulmonaires, et même des broncho-pneumonies, complications pouvant être graves. En outre, les vapeurs d'éther étant excessivement inflammables, on ne peut se servir, dans la salle où se pratique l'anesthésie, d'aucune flamme libre (lampe à alcool ; bec de gaz, etc...) En compensation de ces inconvénients a-t-on avec l'éther une sécurité absolue? Hélas non. VALLAS de Lyon, dans un article paru, en 1893, dans la *Revue de Chirurgie* (p. 304), connaît dix cas de mort par l'éther (publiés) dans les Hôpitaux de Lyon. Il allègue à la vérité que dans le même temps le chloroforme, beaucoup moins employé à Lyon, a fait au moins autant de victimes, Il n'en demeure pas moins que l'éther est, lui aussi, loin d'être inoffensif.

On a essayé, pour l'anesthésie générale, d'autres liquides que le chloroforme et l'éther. Le mélange de BILLROTH eut une célébrité éphémère. Le bromure d'éthyle fut vanté. On fit aussi l'anesthésie combinée : au bromure d'éthyle d'abord, amenant une anesthésie rapide que l'on continuait au chloroforme. On essaya encore de prévenir les accidents en faisant, avant la chloroformisation, une injection de 1 centigramme de morphine et de 1 milligramme d'atropine; c'était la méthode préconisée par DASTRE et MORAT. Elle ne donna pas les résultats que ses auteurs en attendaient; et en outre, elle laissait le malade, après un réveil très lent, à demi obnubilé pendant plusieurs heures.

On emploie depuis trois ans, pour les anesthésies dont la durée ne doit pas dépasser quelques minutes, le kélène, ou chlorure d'éthyle : c'est un anesthésiant extrêmement rapide et précieux mais, je le répète, utilisable seulement pour provoquer une insensibilité générale d'une très courte durée. On le trouve, dans le commerce, en gros tubes de verre, gradués par 10 centimètres cubes, et fermés au moyen d'une pédale. Pour l'utiliser, on fait, avec une compresse de toile, un cornet au fond duquel on place un tampon de coton hydrophile; on projette, sur ce tampon, 5 à 10 centimètres cubes de kélène, que l'on fait aussitôt respirer au malade, en maintenant fortement le cornet sur le nez et la bouche. Le malade se débat pendant un temps très court, une minute environ ; puis il tombe dans une complète anesthésie, pour une durée de deux minutes : et on peut profiter de cette courte insensibilité pour des opérations rapides mais extrêmement douloureuses (ouvertures d'abcès, de panaris; mobilisation de jointures ankylosées ; arrachement d'ongle; etc...). On pourrait prolonger l'anesthésie en doublant et redoublant la dose de kélène plusieurs fois ; mais, ainsi que l'a établi LE DENTU, si une seule inhalation de kélène est inoffensive, les inhalations répétées en sont dangereuses.

***

Dans ces dernières années, on a aussi vu se perfectionner l'anesthésie locale. Depuis longtemps déjà on employait pour cela les mélanges réfrigérants dont le plus simple est le mélange de glace pilée et de sel : pour ouvrir un panaris ou arracher un ongle, on coiffait le doigt avec un sachet rempli du mélange. Cela donnait une anesthésie complète; mais cette gelure du doigt était loin d'être agréable, et la sensation en confinait presque à la douleur. On se servit ensuite, et on se sert encore, du froid produit sur la peau par l'évaporation d'un corps très volatil. L'appareil

à stypage au chlorure de méthyle, ou les tubes de chlorure d'éthyle remplissent cette indication ; mais ces procédés n'insensibilisent que la peau seule.

Il y a 15 ans est apparu un médicament qui fut d'abord employé exclusivement par les ophtalmologistes : c'est la cocaïne. On l'employait à 1 pour 20, en solution ; et on arrivait, en instillant entre les paupières quelques gouttes de ce collyre, à obtenir une suppression absolue de la sensibilité conjonctivale, si exquise à l'état normal. Puis, les dentistes imaginèrent de faire, dans la fibro-muqueuse gingivale, des injections cocaïnées, afin de pratiquer des nettoyages et même des avulsions dentaires sans douleur. Mais on employait d'abord la cocaïne dans de mauvaises conditions, au moyen de solutions mal titrées, à des doses trop élevées : c'est ainsi que l'on peut expliquer les rares accidents mortels que l'on eut à déplorer. Depuis on est arrivé à beaucoup mieux régler l'emploi de ce médicament. Reclus s'est fait surtout l'apôtre de la cocaïnisation ; et, bien qu'il y ait pas mal de façons d'user de la cocaïne, c'est de sa technique surtout que je veux dire deux mots. Reclus a montré qu'avec des solutions très diluées, en ne dépassant pas un demi ou un pour cent et une dose totale de 8 à 10 centigrammes au maximum, en ayant soin d'opérer sur le malade couché, on obtient sans danger de bonnes insensibilités locales. La première injection est faite dans la trame du derme ; puis on en fait d'autres dans le tissu cellulaire et l'on arrive à produire une anesthésie parfaite de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, pourvu que l'on ne soit pas trop pressé, et que l'on sache attendre une dizaine de minutes avant d'opérer. On peut ensuite anesthésier les tissus cruentés sous-jacents en les arrosant de la solution cocaïnée. Dans les régions où, comme aux doigts, par exemple, on peut entourer la base de l'organe, la racine du doigt, d'un anneau complet d'injections cocaïnées, faire comme on dit la cocaïnisation en bague, l'insensibilité est au bout d'un quart d'heure absolument parfaite, si parfaite que j'ai vu des médecins s'ouvrir à eux-mêmes un douloureux abcès, et gratter à la curette le fond de la plaie.

La cocaïnisation est donc une excellente méthode d'anesthésie locale. Il ne faut pas cependant en élargir trop le domaine et l'étendre à des opérations d'assez longue durée ou intéressant des tissus profonds.

Une exagération dans ce sens fut, selon moi, la *rachicocaïnisation* qui consiste à faire une ponction du canal rachidien, à en retirer 1, 2, 3 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, puis on y injecte quelques gouttes de solution cocaïnique (2 à 4 centigrammes de cocaïne). Après une attente assez longue, vingt minutes, trente parfois, on arrive à produire une insensibilité complète de toute la moitié inférieure du corps, membre inférieur, périnée, bas ventre. Cette méthode, pronée par Bier, Tuffier, Chaput, a de sérieux inconvénients. Elle paraît avoir causé des morts. Elle donne immédiatement des vomissements souvent violents et répétés, et elle est ordinairement suivie d'une agitation intense et d'une céphalalgie abominable. En outre, si sûr que l'on soit de son asepsie, je trouve dangereux d'injecter une solution médicamenteuse dans l'intérieur du canal rachidien, dans le liquide qui baigne la moelle. Il peut y avoir — et on a en réalité signalé — des faits de myélite infectieuse toujours graves. J'ai, pour ma part, pratiqué trois rachicocaïnisations, à l'époque de la vogue du procédé ; mais j'y ai tout de suite renoncé et je ne crois pas que beaucoup de chirurgiens y soient restés fidèles.

On a vanté, comme succédané de la cocaïne, moitié moins toxique que cette dernière, *la stovaïne* ou *chlorhydrate de diméthylaminobenzoïlpentanol*, dont l'action anesthésiante est aussi beaucoup moindre, et qui ne me paraît pas devoir détrôner la cocaïne.

La cocaïnisation reste, somme toute, un excellent procédé d'anesthésie locale, lorsqu'on ne veut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner.

***

Elle ne peut en effet être utilisée dans les nombreuses opérations où le bistouri va traumatiser une grande étendue de tissus, des régions profondes, et qui durent une demi-heure, trois quarts d'heure et plus. Pour ces interventions-là, force est bien de s'adresser à l'anesthésie générale. Or, chaque fois que l'on administre le chloroforme, le malade court un certain risque ; un risque pas bien grand, soit ; pas beaucoup plus grand que celui que l'on court en montant dans un auto dont le chauffeur fait du 60 à l'heure ; mais enfin un aléa réel. Et cela se renouvelle dans le service une dizaine de fois par semaine, soit 500 fois par an. L'habitude de ces responsabilités quotidiennes émousse heureusement votre impressionnabilité ; sans cela on ne vivrait pas un instant tranquille.

Depuis longtemps, me basant sur les expériences de PAUL BERT, je recommandais au chloroformisateur, une fois l'anesthésie obtenue, de ne pas obéir au précepte classique de coller, de plaquer la compresse exactement autour des orifices naséo-buccaux ; mais au contraire de tendre d'une main la compresse fixée par le pouce et l'index de l'autre main contre les os propres du nez, de façon à laisser pénétrer de l'air sous le linge tendu et à administrer un mélange de beaucoup d'air et d'un peu de vapeurs chloroformiques. Depuis vingt ans, que de fois j'ai répété à mes élèves : « PAUL BERT a démontré par des expériences convaincantes que les mélanges titrés d'air et de chloroforme à très petite dose sont infiniment peu toxiques. Tâchez donc d'imiter empiriquement et par à peu près ces expériences. Qui donc nous donnera un appareil commode réalisant les mélanges titrés de Paul Bert ! »

Ces expériences dont beaucoup de gens parlent aujourd'hui, très peu les connaissent d'une façon précise : aussi vais-je vous les analyser exactement, en remontant aux communications originales, très courtes mais très suggestives.

Dans une première note (Comptes-rendus Acad. des Sciences, T. 96, page 1831, année 1883), PAUL BERT expose qu'il a recherché l'action sur le chien (animal extrêmement sensible à la chloroformisation), de mélanges dosés de chloroforme et d'air, respirés d'une manière continue et indéfinie :

Pour cela l'expérimentateur fait évaporer 30 gr. de chloroforme dans 100 litres d'air (mélange à 30 pour 100, suivant l'expression abrégée de P. BERT), l'animal qui respire cette atmosphère meurt en quelques minutes. Dans un mélange de 20 gr. de chloroforme dans 100 litres d'air, mort en une demi-heure. Dans un mélange à 15 p. 100, mort en 3/4 d'heure. Dans un mélange à 12 p. 100, mort en 1 heure 1/4, avec insensibilité très rapide et hypothermie à 35°. Dans un mélange à 10 p. 100, mort en 2 h. 1/2, avec l'insensibilité obtenue en quelques minutes et hypothermie à 33°. Dans un mélange à 8 p. 100, mort en 6 heures, avec insensibilité longue à obtenir et hypothermie à 30°. Dans un mélange à 6 p. 100, mort en 7 heures, sans que l'anesthésie soit complètement obtenue ; hypothermie à 31°. Enfin, dans un mélange à 4 p. 100, l'animal survit ; on a prolongé l'expérience durant 9 h. 1/2, et elle aurait encore pu être continuée ; pas d'insensibilité obtenue ; hypothermie à 33°.

Pour obtenir une anesthésie durable, P. BERT fait respirer à un chien le mélange à 12 p. 100 : l'animal s'endort en quelques minutes, alors, il substitue le mélange à 8 p. 100 : l'anesthésie se maintient, et on peut la prolonger ainsi pendant plus de 3 heures, sans aucun trouble de la respiration ni de la circulation autre que de l'hypothermie. En somme, c'est un procédé analogue, mais physiologiquement réglé, au procédé chirurgical de la sidération initiale suivie d'une administration à faible dose.

Ces expériences sur le chien résolvaient *scientifiquement* le problème de la chloroformisation inoffensive. Mais il n'était pas *pratique* de faire respirer à des opérés, durant trois quarts d'heure ou une heure, d'énormes volumes de mélanges gazeux préalablement titrés. Dans une deuxième note (Compte-rendus Acad. des sciences, 1885. T. 100), P. BERT rend compte d'anesthésies chirurgicales pour grandes opérations faites par lui à Paris et à Bruxelles dans les services de LANNELONGUE, PÉAN, THIRIAR : On commence par la dose de 10 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air ; l'anesthésie rapidement obtenue, on substitue le mélange à 8 p. 100 ; puis, au bout de 20 minutes, le mélange à 6 %, qui est continué pendant toute la durée des opérations. L'anesthésie a été toujours régulière, sans toux ni suffocation ; le pouls normal, la respiration calme ; la période d'excitation initiale peu marquée.

L'inhalation a été faite par un appareil opérant automatiquement les titrages, et dont voici la description : « L'appareil consiste en un cylindre de 20 litres de capacité, en métal, percé d'un orifice sur chacune de ses bases, et dans lequel se meut en sens vertical un piston mis en jeu par un engrenage et une manivelle. Grâce à une poulie de renvoi et à une chaîne sans fin, chaque fois que le piston monte ou descend, il entraîne dans son mouvement un petit godet qui puise dans un récipient la quantité voulue de chloroforme, et le déverse ensuite dans un vase situé sur le trajet de l'air aspiré par le piston. Il en résulte que, à chaque mouvement de celui-ci, les 20 litres d'air qu'il aspire sont titrés très exactement, et que simultanément il projette au dehors les 20 litres d'air titrés dans la course précédente. Cet air arrive aux orifices respiratoires du patient par un tuyau de caoutchouc et un masque bordé d'une membrane qui assure un contact exact avec les contours du visage. »

C'est cet appareil, inventé par le docteur Raphaël Dubois, que P. Bert proclame un appareil : « *portatif, peu fragile* et *facile à manier* ». Il est vrai qu'il avoue ailleurs qu'il faut, pour le transporter, une petite charrette à bras !

Les chirurgiens reculèrent devant la charrette à bras ; et l'appareil encombrant et compliqué de P. Bert ne se répandit pas. On en était donc encore à la compresse, brutale et dangereuse mais pratique, il y a un an ou dix-huit mois.

C'est alors qu'apparaissent, à l'étranger, deux appareils, celui de Roth-Draeger, en Allemagne, et celui de Vernon-Harcourt, en Angleterre, réalisant par des dispositifs variés les mélanges titrés. Ces deux appareils sont encore passablement encombrants et peu maniables.

Roth-Draeger fait tomber goutte à goutte plus ou moins rapidement le chloroforme dans un vase clos que traverse un courant d'oxygène contenu dans un réservoir dont l'écoulement est réglé par une vis qui laisse passer 1, 2, 3 litres d'oxygène par minute. — L'appareil de Vernon-Harcourt consiste en un tube vertical s'articulant d'une part avec un masque en caoutchouc appliqué sur la figure du malade, bifurqué de l'autre, et communiquant avec l'air extérieur à droite, et à gauche avec un récipient à chloroforme. Toutes ces parties sont réunies et commandées par un robinet gradué permettant de ne donner que de l'air pur ou de graduer la quantité de vapeur chloroformique qui passe.

Enfin, il y a un an à peine, en France, furent inventés deux appareils beaucoup plus simples, celui de Reynier et celui de Ricard.

Celui de Reynier comprend un récipient à couvercle percé de 3 ouvertures, une laissant passer un thermomètre, la seconde, un tube ouvert latéralement, dont l'ouverture est fermée par une valve mobile. La troisième ouverture du couvercle laisse passer un tube vertical ouvert sur lequel vient s'ouvrir un tube horizontal également percé à l'un de ses bouts, et s'ajustant de l'autre sur le tuyau de caoutchouc terminé par le masque. C'est ce tube en T qui, réalisant une trompe à air, fait monter dans le tuyau aspirateur les vapeurs chloroformiques que la valve de réglage laisse arriver en plus ou moins grande proportion.

L'appareil de Ricard est celui dont je me sers couramment ; vous le voyez tous les jours fonctionner à la salle d'opération, ce qui vaut mieux que toutes les descriptions ; nous en avons donné, Lambret et moi, dans un article de l'*Echo médical* du 19 mars, une description détaillée et une figure. Néanmoins, je vais vous en répéter ici un court exposé aussi clair que possible.

L'appareil se compose d'un récipient à chloroforme sur lequel s'ajuste un couvercle creux dont la cavité constitue le mélangeur d'air et de vapeur chloroformiques, organe essentiel de l'appareil.

C'est de cette cavité que part le tube d'inspiration, lequel aboutit au masque placé sur la face du patient La cavité du couvercle est fermée en bas par un disque mobile portant en son milieu un tube qui s'ouvre d'une part dans le récipient, de l'autre dans l'air extérieur. Quand on abaisse le disque de 1 millimètre (ce que marque une flèche indicatrice) les vapeurs du chloroforme pénètrent dans le récipient ; et, si le courant d'air est établi par la respiration, de nombreux dosages d'essai ont montré que le mélange gazeux alors absorbé par le malade contient 2 pour cent de vapeur chloroformique contre 98 d'air.

La face supérieure du couvercle est de plus percée de quatre trous obturables par une valve à glissoire. Lorsque ces trous sont ouverts, l'air extérieur entre dans la cavité du couvercle et vient diminuer la proportion de chloroforme en diluant le mélange. Les quatre trous ouverts, le mélange gazeux ne contient plus que 1/2 pour cent de chloroforme. Il est donc possible de graduer le titre du mélange de 1/2 à 2 pour cent.

Deux soupapes sont placées et sur le tuyau d'inspiration et sur le tube aboutissant au masque ; de façon que le mélange gazeux inspiré arrive directement de l'appareil au malade, et que l'air expiré sorte directement du masque sans être refoulé vers le récipient. Ces soupapes, que l'on a reprochées à l'appareil, ont bien leur utilité, non seulement pour son fonctionnement, mais encore pour la facilité qu'elles donnent au chloroformisateur de contrôler sans cesse la respiration par le jeu *visible* de soupapes. Le bruit de clapet qu'*entend* aussi l'opérateur, contribue à assurer sa sécurité. Ajoutons que ces soupapes, quelque frêles qu'elles paraissent (surtout la soupape d'inspiration), sont solides. Depuis 8 mois, les soupapes de mes deux appareils ne se sont jamais dérangées, quoiqu'elles aient fait un rude service.

La technique du fonctionnement de l'appareil est

d'une grande simplicité et s'apprend en quelques minutes et à la première explication.

On verse trente centimètres cubes environ de chloroforme dans le récipient ; les quatres orifices étant ouverts, le disque remonté au maximum, le masque de caoutchouc hermétiquement appliqué, on fait progressivement, en dévissant d'un tour, descendre le disque d'un millimètre (on contrôle cette descente à l'aide d'une flèche indicatrice qui surmonte la vis centrale). A ce moment le malade respire 1/2 pour 100 de vapeurs de chloroforme ; petit à petit, on obture les quatre trous et on passe successivement à toutes les doses intermédiaires entre 1/2 et 2 0/0, qui est celle que donne l'obturation des quatre trous. C'est la dose forte ; dès que le malade dort, et cela ne tarde pas, il faut revenir en arrière et découvrir progressivement les orifices pour continuer l'anesthésie à la *dose d'entretien* qui varie avec les malades et s'obtient par 1, 2, 3, 4 orifices ouverts, suivant les cas.

Cet appareil léger, portatif, solide, rend d'excellents services. L'anesthésie est généralement rapide (5 à 6 minutes), facile : la période d'excitation est peu marquée, les vomissements sont rares, aussi bien pendant la chloroformisation qu'après. Chez les alcooliques même l'excitation est moins longue et moins intense qu'avec la compresse. Des alcooliques qui, à la compresse, avaient eu des chloroformisations mouvementées, ont dormi comme des enfants avec le RICARD. Pas une fois nous n'avons dû forcer pour eux la dose du titrage. Depuis huit mois que nous l'employons dans le service, c'est-à-dire au cours de 300 chloroformisations environ, nous n'avons pas eu à enregistrer la moindre alerte. Et je ne suis pas le seul à rendre cette justice au RICARD. Beaucoup d'autres chirurgiens sont de mon avis et il n'y a pas 15 jours J.-L. FAURE, se basant sur 100 chloroformisations, lui trouvait tous les avantages que je viens de dire. J'y ajouterai un petit perfectionnement : La soupape d'expiration fonctionne mal quand le patient est couché sur le côté ; il suffirait, pour ces cas, de relier la logette de verre qui la renferme, au masque de caoutchouc par un bout de tube métallique angulairement courbé. Je regrette aussi que l'appareil ne puisse pas être réglé pour l'administration de l'éther.

***

Tels sont, Messieurs, sauf erreurs ou omissions, les moyens que l'on emploie aujourd'hui pour produire l'insensibilité au cours des opérations. Peut-être fera-t-on mieux un jour, si, par exemple, on découvrait une substance douée de propriétés diamétralement opposées à celles du curare, supprimant la sensibilité en respectant la motilité.

Cette substance, on a cru un moment l'avoir rencontrée dans la *scopolamine* ou *hyoscine*, alcaloïde extrait en 1890 du Scopolia-Japonica. Une, deux, trois injections sous-cutanées de un milligr. de cet alcaloïde uni à un centigr. de morphine, sont faites au patient quatre, trois, deux heures avant l'intervention. Il dort, parfois avec insensibilité suffisante, pour opérer ; parfois il y faut ajouter quelques bouffées de chloroforme. Somme toute, résultats peu concluants et compliqués par l'influence de la morphine qui fait ressembler ce procédé à la méthode de DASTRE.

Mais, en attendant mieux, ce que nous possédons déjà constitue un ensemble assez satisfaisant : Cocaïnisation pour les interventions bien localisées. Anesthésie rapide par le kélène pour les courtes opérations; Ethérisation chez les malades très déprimés et chez qui on ne redoute pas l'hypersécrétion bronchique et la congestion pulmonaire. Enfin, substitution de la chloroformisation par mélanges titrés à la vieille chloroformisation empirique. Voilà une gamme de moyens qui répond à bien des exigences. Depuis quelques années l'anesthésie chirurgicale a fait de réels progrès.

ALCOOLIA

Les hommes et les choses

Dans un de ces accès de mysticisme dont il nous donne de fréquents exemples, Guillaume II déclarait récemment à ses officiers, au cours d'une harangue, que si le Dieu des armées avait retiré sa protection aux Russes, c'est parce qu'ils étaient vraiment trop ivrognes.

Il me semble que les officiers allemands ne le cèdent en rien à leurs collègues moscovites, et je ne veux pour preuves que l'aventure suivante dont le prince Orloff demeure le témoin autorisé :

Donc, les chevaliers-gardes allemands décrétèrent, il y a quelque temps, qu'en fait de colossales beuveries ils étaient beaucoup plus forts que les chevaliers-gardes russes. Et pour en convaincre ces derniers, ils décidèrent de leur envoyer un cartel. Chacun des deux régiments devait choisir l'officier le plus résistant, le mieux en forme, bref, le plus capable d'ingurgiter de l'alcool sans sourciller. Le défi accepté, on

choisit, dans les deux camps, celui qui devait être le champion de ses camarades, et la rencontre eut lieu.

Très aimable, l'officier russe désigné par ses collègues demanda à son adversaire de quelle arme — je veux dire de quelle liqueur — il entendait faire usage : « *Ich glaube das die Chartreuse wurde sein des beste.* Je crois que la Chartreuse est tout indiquée », dit l'Allemand. On fit venir des flacons et des petits verres, et le duel commença. Jusqu'au centième verre, aucun incident ; mais, à ce moment, le Germain, congestionné, fait ouvrir les fenêtres, tandis que le Russe demeure imperturbable, *sua mole stat*. Au 121e, ledit Germain donne les signes de la plus vive agitation, il en a lourd sur le cœur, ou plutôt sur l'estomac, cela n'est pas douteux. Au 132e, comme il s'efforçait de porter un toast à son rival, on le voit soudain tournoyer et tomber foudroyé. Toujours impassible, le Russe absorbe le 133e, et sans broncher il va jusqu'au 142e verre. Les témoins du combat interviennent alors pour faire cesser cette hécatombe : les chevaliers-gardes russes sont proclamés vainqueurs. Il n'est pas sûr que cette lutte, où son régiment d'élite mordit la poussière, n'ait pas laissé un fâcheux souvenir et comme une rancune à Guillaume II. Peut-être est-ce là le motif qui lui a fait traiter d'ivrognes les officiers russes. — Petites causes, grands effets.

A propos d'effets, je crois dire, en terminant, que le vainqueur paya cher sa victoire. Il fut atteint de néphrite infectieuse dans l'étiologie de laquelle la liqueur des bons Pères a peut-être une petite place. Il a dû renoncer à la carrière des armes ; mais ce n'est pas payer trop cher l'honneur d'avoir, en un jour mémorable, sauvé contre l'Allemand la réputation des chevaliers-gardes de Sa Majesté l'Empereur de toutes les Russies. — Hurrah ! (*Revue moderne*).

VARIÉTÉS & ANECDOTES

La spécificité du bacille dysentérique

Les bactériologistes, dit la *Médecine moderne*, sont en passe de faire, bien malgré eux, la preuve personnelle de la spécificité des bacilles qu'ils cultivent. Nous les avons vus ainsi successivement reproduire sur eux mêmes par ingestion ou infection accidentelle, de cultures microbiennes, la tuberculose, la fièvre typhoïde, le choléra, la peste.

Le docteur DODGE a rapporté dernièrement un nouveau fait du même genre. Cette fois c'est la dysenterie que le bactériologiste s'est inoculée.

Ayant cassé par mégarde un tube de culture du bacille de SHIGA, un peu de liquide lui sauta aux yeux et des yeux sans doute passa dans le nez et le pharynx. Vingt-quatre heures après apparaissaient les symptômes typiques d'une dysenterie aiguë qui dura plusieurs jours.

S'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, le fait démontre la rapidité de l'infection dysentérique chez l'homme.

(*Bulletin de thérapeutique*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le 22 décembre, devant un jury composé de MM. les professeurs WERTHEIMER, LAGUESSE, SURMONT, GAUDIER, et LE FORT, ont eu lieu les épreuves du **concours pour deux bourses départementales de médecine.**

A l'épreuve écrite, les questions suivantes ont été données à traiter : *Épididyme et canal déférent, anatomie, structure, développement* ; *mécanisme de la sécrétion salivaire* ; pour les candidats à moins de dix inscriptions ; *pneumothorax*, pour les candidats à treize inscriptions.

A l'épreuve orale, la question suivante est sortie de l'urne : *Procédés habituels de recherche et de dosage de l'albumine urinaire, diverses variétés d'albumine urinaire, causes de l'albuminurie, valeur séméiologique de ce symptôme.*

Le jury a présenté MM. BRICOUT (9 inscriptions) et VANHAECKE (5 inscriptions) pour ces deux bourses.

— Le tableau de **répartition des services entre internes et externes en médecine des hôpitaux de Lille** (Faculté de l'Etat), est arrêté pour 1906 ainsi qu'il suit

HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Clinique chirurgicale. — M. le professeur DUBAR ; chef de clinique, M. le docteur LEROY ; internes, MM. BUTRUILLE Ach., VERHAEGHE ; externes, MM. FAIDHERBE, VANHAECKE, VOUTERS, DUVILLIERS, MAILLARD, BENOIT.

Clinique médicale. — M. le professeur COMBEMALE ; chef de clinique, M. le docteur BRETON ; interne, M. Minet ; externes, MM. TRAMBLIN, RUYSSEN, BROHAN, GÉRARD, BRICOUT.

Clinique obstétricale. — M. le professeur GAULARD, suppléé par M. le docteur BUÉ, agrégé ; chef de clinique, M. N... ; internes, MM. LEGRAND, BUTRUILLE (P.) ; externe, M. DENIZARD.

Pavillons Olivier. — Internes, MM. CARLIER, DEREMAUX ; externes, MM. LHEUREUX, BRIDOUX.

Consultation des enfants. — Chef de clinique, M. le docteur CARRIÈRE ; externe, M. CANNAC.

HÔPITAL SAINT-SAUVEUR

Clinique chirurgicale. — M. le professeur FOLET ; chef de clinique, M. le docteur COLLE ; internes, MM. PINCHART, GAEHLINGER ; externes, MM. TILMANT, SWINGHEDAUW, OLLIVIER, LEGRAND (Paul), DELADRIÈRE, DARTEVELLÔE.

Clinique médicale. — M. le professeur LEMOINE ; chef de clinique, M. le docteur VANDEPUTTE ; internes, MM. BERNARD, BRASSEUR ; externes, MM. MARSY, DESRUELLES (Maurice), BEUN, POITEAU, GRIMIAUX.

Clinique chirurgicale des enfants. — M. le professeur agrégé GAUDIER ; aide de clinique, M. le docteur DEBEYRE ;

interne, M. ARQUEMBOURG ; externes, MM. RÉMY, VANDENABEELE, CARNOT, TRÉHOUT.

Clinique médicale des enfants. — M. le professeur agrégé DELÉARDE ; interne, M. PETIT ; externes, MM. BOCQUILLON, AMMEUX, GOSSELIN.

Clinique dermatologique. — M. le professeur CHARMEIL ; aides de clinique, MM. les docteurs BERTIN et TAVERNIER ; interne, M. LOOTEN ; externes, MM. HOREL, ANDRÈS, HANNART, DE SWARTE, BARTHOU.

Clinique des voies urinaires. — M. le professeur CARLIER ; aide de clinique, M. le docteur TACONNET ; interne, M. LEMOINE ; externe, MM. LEGRAND (Lucien), BARAS, DOLAIN. DUCATILLON.

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur BAUDRY ; chef de clinique, M. le docteur DEBÈVE ; externes, MM. CAPRON, NOLLEN, SOLAU.

Service des filles publiques. — Chef de service, M. le docteur BERTIN ; externe, M. LECONTE.

Consultation de laryngologie. — Chef de service, M. le professeur agrégé GAUDIER ; externes, MM. PAQUET, DERNONCOURT.

Pavillon de la diphtérie. — Chef de service, M. le professeur agrégé DELÉARDE ; interne, M. PATOU.

— Par arrêté ministériel en date du 29 décembre 1905, **un concours** s'ouvrira le 10 juillet 1906, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

SOUTENANCES DE THÈSES

— M. A.-L.-A. GUGELOT, de Zoteux (Pas-de-Calais), interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine et de l'Association des anciens internes de Lille, a soutenu avec succès, le vendredi 29 décembre, sa thèse de doctorat (nº 8), intitulée : **De la pyélonéphrite gravidique, et en particulier, de son traitement.**

— M. P.-F.-V. RICHEZ, de Lille (Nord), ex-externe au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, a soutenu avec succès, le samedi 30 décembre, sa thèse de doctorat (nº 9), intitulée : **Du traitement du lupus par la radiothérapie.**

— M. J.-B. DESMONS, de Mons-en-Pévèle (Nord), a soutenu avec succès, le samedi 30 décembre, sa thèse de doctorat (nº 10), intitulée : **Contribution à l'étude de la conjonctivite rhumatismale.**

Nous relevons parmi les **récentes nominations dans le service de santé militaire** les promotions et affectations suivantes :

M. le docteur RADOUAN, médecin en chef de l'hôpital d'Arras, est nommé médecin principal de 1re classe ; M. le docteur HUMBERT, du 87e d'infanterie, est nommé médecin-major de 2e classe.

Notre Carnet

Le mercredi 27 décembre, ont eu lieu, à Lumbres, la cérémonie du mariage de M. Alfred DANNEL, externe des hôpitaux, avec mademoiselle Nelly BRONCQUART. Nous adressons aux jeunes époux nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la légion d'honneur, au grade de *commandeur :* M. le docteur RICHARD, médecin inspecteur ; au grade d'*officier* : MM. les docteurs BIDLOT, DUBUJADOUX, GERBAULT, ACHINTRE, CAMUS, DE SANTI, médecins principaux de l'armée ; au grade de *chevalier :* MM. les docteurs FERRIER, FRACHE, GUIBAL, KEIM, LAUNOIS, SPILLMANN, TRICOT, FORGUE, SIMONIN, AUGRY, BENOÎT, CAMPOS-HUGUENEY, COURTOIS, CUVIER, GILLES, MANON et WENZIGER, médecins-majors de l'armée ; DEVAUX, LEGENDRE et NEIRET, médecins-majors de l'armée coloniale ; VERGNES, DUBOIS, L'EOST, HAMAY, DURAND, BARILLET et MORGUE, médecins de première classe de la marine.

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Ont été élus membre correspondant national, section de médecine, MM. les docteurs BARD, professeur de clinique médicale à Lyon, GILIS, professeur d'anatomie à Montpellier.

UNIVERSITÉS

Faculté de Montpellier. — M. le docteur VEDEL, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Ecole de plein exercice de Nantes. — M. le docteur CITERNE, est institué pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole préparatoire d'Amiens. — M. le docteur MOULONGUET, professeur de pathologie externe, est nommé directeur pour trois ans.

— M. le docteur BRAILLON, suppléant de chaire de pathologie et de clinique médicale, est chargé pour l'année scolaire d'un cours de pathologie médicale.

Faculté de Paris. — M. le docteur ROBIN, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique thérapeutique (fondation LOUBAT).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DE BALEZAIRE DE RUPIERRE, de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; AUBERT, de Saint-Zacharie (Var) ; LEBON, de Saulnes (Meurthe-et-Moselle) ; BONNESCUELLE DE LESPINOIS, de Toulon (Var) ; Albert LARAUZA, de Dax (Landes) ; PIÉCHAUD, professeur de clinique chirurgicale des enfants, à la faculté de Bordeaux ; VIALLARON de Firminy (Loire) ; FILLION, de Courres (Aisne) ; THORP, DELMAS et ROCHE, de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

L'évaluation des incapacités permanentes. — basée sur la physiologie des fonctions ouvrières des différentes parties du corps, par le Dr Ch. REMY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Rapport présenté au Congrès international de Liège. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1906, in-8°.

Ce travail a pour but de débarrasser le médecin du souci de se mettre d'accord avec les décisions antérieures de la justice. Délivré des questions de jurisprudence où il pourrait errer, il s'appuie sur des connaissances uniquement

médicales qu'il connait bien et qu'il peut seul connaître, et ses conclusions deviendront indiscutables.

L'auteur a pensé que l'évaluation des suites d'une blessure au point de vue de la capacité de travail devait être proportionnelle à la suppression des fonctions de la partie lésée.

Il a donc recherché dans chaque partie du corps les fonctions plus spécialement nécessaires à l'ouvrier. C'est l'objet de la première partie du travail. Dans la deuxième partie, il a pu établir un tableau des pertes par certaines lésions : amputations, ankyloses, raideurs, déformations, raccourcissements, pseudarthroses, il a pris soin, dans la plupart des cas, de graduer ses chiffres suivant l'étendue de la lésion. Les chiffres d'évaluation qu'il a donnés correspondent à la perte de capacité du travail en général.

Dans deux autres variétés d'incapacité de travail, l'une professionnelle, l'une de reclassement, l'auteur a pensé que l'application devait être laissée, sauf exception, aux juges ou à des experts pris dans chaque métier.

Thérapeutique aérienne-antiseptique, par le docteur René Couëtoux (du Mans). — Conférence faite à l'Association des Dames françaises, le 20 mars 1905. In-8 de 36 pages avec figure, 1 fr. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Recueil des travaux de la commission permanente de préservation contre la tuberculose**, tome I (1903-1905), Melun, *Imprimerie administrative*, 1905.

— **Prophylaxie de la tuberculose**, rapport à l'Académie de médecine, par le professeur Grancher, Paris, *Masson*, 1905.

— **Rapport sur les travaux du Conseil central et départemental d'hygiène, des Conseils d'arrondissement et des commissions sanitaires du département du Nord, pendant l'année 1904**, par le docteur Thibaut, Lille, *Danel*, 1905.

— **La fondation ophtalmologique Alphonse de Rothschild**, par le docteur Trousseau, Paris, 1905.

— **Eléments d'hygiène infantile à l'usage des établissements d'éducation des jeunes filles**, par le docteur E. Ausset, Paris, *Delagrave*, 1905.

— **Première étape de la tuberculose pulmonaire, diagnostic précoce par l'auscultation**, par le professeur Grancher, Paris, *Gainche*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

51e Semaine du 17 au 23 décembre 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	3
3 mois à un an	7	4
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	1	3
5 à 20 ans	1	»
20 à 60 ans	18	15
60 ans et au-dessus	17	13
Total	50	39

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 2 ans	Diarrhée et entérite : de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite : plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3	5
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	»	1	2	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	4	11	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	»	4	8	15
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	»	»	5	»	1	1	»	»	1	2	»	»	2	»	»	2	»	»	4	19	26
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	11
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	2	1	5	»	»	2	»	»	»	»	»	9	23	12
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	2	5	4
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	4
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	1	»	»	1	»	»	»	1	»	»	6	11	13
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4
Total	1	»	»	»	»	14	2	3	6	»	3	4	8	1	3	7	»	»	3	»	»	33	88	104

Lille — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 470. Dixième Année. N° 2. Le Numéro : **10** centimes 14 Janvier 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hématôme anévrysmal diffus de la cuisse par suite d'ulcération de l'artère poplitée, au cours de l'évolution latente d'une ostéomyélite chronique d'emblée du fémur, avec production de séquestre. — Ligature de l'artère fémorale au-dessus de l'anneau. — Evacuation d'une grande quantité de caillots contenus dans la poche anévrysmatique. — Infection de cette cavité. — Sphacèle limité des trois premiers orteils. — Guérison.

par le docteur **H. Famechon** (de Douai),
médecin principal de l'armée, en retraite.

L'observation que nous allons relater concerne un cas d'ostéomyélite chronique à marche insidieuse, à peine soupçonnée avant l'intervention chirurgicale nécessitée par la grave complication vasculaire dont elle s'est accompagnée. Les difficultés du diagnostic, les particularités de l'évolution de l'affection osseuse, la prépondérance, au moment où le blessé a été soumis à notre examen, de l'ensemble symptomatique propre à la lésion de l'artère poplitée, les résultats favorables obtenus par la double intervention : ligature du vaisseau et curetage osseux, nous ont incité à publier la relation intégrale de ce cas intéressant, d'après les notes que nous avons prises au jour le jour, en la faisant suivre seulement de quelques sobres commentaires.

OBSERVATION. — D..., 19 ans. Engagé volontaire au 15e régiment d'artillerie, le 23 août 1904. Employé de banque avant son incorporation. Constitution moyenne. Tempérament lymphatique. Taille, 1 m. 68. Périm. thoracique, 0 m. 88. Poids, 63 kilos.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une maladie aiguë de poitrine à l'âge de 33 ans. Mère bien portante. Une sœur de 23 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Aucune maladie, aucun traumatisme. En particulier ni rhumatisme, ni maladies vénériennes. Sa mère affirme qu'elle n'a jamais eu besoin de recourir pour son fils aux soins médicaux.

D... entre le 24 décembre 1904 à l'hospice mixte de Douai, atteint d'une tuméfaction dure, chaude, volumineuse, ayant l'apparence d'un phlegmon, et occupant tout le tiers inféro-interne de la cuisse droite.

L'évolution de cette affection aurait été la suivante, d'après les déclarations du malade, confirmées par les médecins du corps :

25 octobre. — Première séance d'équitation, exercices de voltige pendant une heure et demie environ. En descendant de cheval, le canonnier D... a ressenti

un *picotement* à la partie inféro-interne de la cuisse ; le soir de ce même jour la douleur était tellement vive qu'il éprouvait la plus grande difficulté pour monter les escaliers.

Il a néanmoins fait son service les jours suivants.

29 octobre. — Admission à l'infirmerie, motivée par la reprise des douleurs et l'apparition d'une tuméfaction à 6 centimètres au-dessus du condyle. « On constate une tuméfaction douloureuse de la région inféro-interne de la cuisse droite, paraissant très profonde, située dans l'épaisseur ou même au-dessous des plans musculaires. Elle est de consistance dure, et paraît immobile, sinon adhérente à l'os. Elle présente la forme d'un ovoïde plan convexe, siégeant au niveau de la région supracondylienne du fémur, à grand axe parallèle à cet os. » (Note du médecin major. »

20 novembre. — Le malade se trouvant très amélioré, quitte l'infirmerie, et fait son service jusqu'au 13 décembre, montant à cheval une ou deux fois par jour. Pendant cette période, il a obtenu une permission de 24 heures pour aller voir sa mère ; celle-ci l'a trouvé en bonne santé, et n'a pas constaté qu'il boitait. D.. ne souffrait plus, même en marchant ; cependant la tuméfaction de la cuisse n'avait pas complètement disparu. Cette amélioration ne fut pas de longue durée. Vers le 10 décembre, le membre augmenta de volume et redevint très douloureux, plus douloureux même que lors de la première atteinte. La douleur était spontanée, continue, avec battements ; elle était exaspérée par les mouvements du membre. Le genou droit, tuméfié aussi, la jambe s'était légèrement fléchie sur la cuisse. Le malade ne pouvait plus se tenir debout ; il éprouvait une difficulté considérable à monter et à descendre les escaliers.

Exemption de service du 13 au 23 décembre. — Malgré le repos, les douleurs restent vives ; inappétence, fièvre, insomnie.

23 décembre. — Admission à l'infirmerie.

24 décembre. — Admission à l'hôpital.

Etat actuel. — Tuméfaction dure, presque ligneuse, occupant tout le tiers inféro-antéro-interne de la cuisse, empâtement diffus de tous les tissus qui en rend la limitation impossible. Nulle part on n'éprouve la sensation de rénitence ou de fluctuation. Pas d'impulsion. Au centre de la tuméfaction la peau est rouge, chaude, et paraît amincie. Douleurs très vives dans toute la région ; la douleur est spontanée, continue avec exacerbations, se traduisant par des élancements et des battements très pénibles. La palpation est également douloureuse, et arrache des cris au patient. La tuméfaction du membre est telle qu'elle empêche absolument l'exploration des parties profondes ; elle englobe dans une même masse os et parties molles.

Le genou, tuméfié, est légèrement fléchi, les mouvements imprimés au membre pour le redresser sont douloureusement ressentis.

Le mollet est volumineux (circonférence 0m37 = 0m33 à gauche) et douloureux à la palpation. Le creux poplité est empâté, et d'une exploration difficile. Pas de douleurs spontanées dans ces régions.

Sensibilité assez vive le long des vaisseaux fémoraux jusqu'à l'arcade crurale. Un petit ganglion dans l'aîne ; l'œdème de la jambe s'arrête à l'articulation tibio-tarsienne.

Etat général mauvais, inappétence, insomnie, fièvre à grandes oscillations (37°4 — 39°2). Pouls fréquent et sans énergie. Langue fuligineuse et sèche. Peau brûlante.

Les jours suivants, la tuméfaction de la cuisse s'accentue, la peau devient brillante, rouge vif et s'amincit, les douleurs sont continues et intolérables, malgré l'immobilisation du membre dans une gouttière et l'enveloppement dans un volumineux pansement ouaté.

Les phénomènes généraux s'aggravent, l'insomnie est absolue. — Cependant, du 27 au 31 décembre, le thermomètre n'accuse pas une température supérieure à 38°6.

Des ponctions pratiquées à plusieurs reprises avec les aiguilles 2 et 3 de l'aspirateur, ne ramènent ni pus, ni sang.

31 décembre. — En enlevant le pansement ouaté, on constate l'existence, sous la malléole externe, d'une escharre noire, sèche, paraissant superficielle, ayant le diamètre d'une pièce d'un franc. — Les deux premiers orteils présentent sur la moitié de leur longueur une teinte cyanotique très accusée, aussi bien à la face plantaire qu'à la face dorsale — Absence de pouls à la tibiale postérieure et à la pédieuse. — Même constatation négative dans le creux poplité ; il est vrai que la tuméfaction de la région rend cette constatation difficile. — Battements normaux de la fémorale sous l'arcade. — Au niveau de la tuméfaction de la cuisse, manifestement accrue depuis la veille, on ne constate, ni impulsion, ni thrill, ni bruits d'auscultation,

Le diagnostic d'hématôme anévrysmal diffus s'impose, une intervention est urgente, elle est pratiquée le même jour, à 2 heures, avec le concours des médecins de la garnison.

Opération. — Anesthésie chloroformique. — Compression digitale de la fémorale sous l'arcade crurale. — Incision de 12 cent. sur le trajet de la ligne ilio-condylienne, Le milieu de cette incision correspond à la réunion du tiers moyen et du tiers inférieur de la cuisse. — L'aponévrose incisée sur la sonde cannelée, la main pénètre dans une énorme cavité remplie de caillots noirs, infiltrés entre les plans musculaires. Les caillots situés au centre de la poche et immédiatement sous l'aponévrose sont enlevés facilement; mais les muscles sont tapissés d'une couche fibrineuse fortement adhérente, qui se déchire sous le doigt, et que l'on ne peut enlever que partiellement. Une abondante hémorrhagie en nappe venant de la profondeur et l'infiltration entre les muscles de volumineuses masses fibrineuses adhérentes rendent difficile la recherche de l'artère fémorale et nécessitent la prolongation de l'incision à ses deux extrémités. Section de l'aponévrose du grand adducteur le long du tendon. Dégagement de l'artère fémorale et ligature du vaisseau à la partie supérieure de l'incision.

En explorant la partie inférieure de la plaie pour rechercher la lésion artérielle, le doigt pénètre dans une cavité située en arrière du fémur, dans la bifurcation de la ligne âpre, limitée en avant par l'os dénudé sur toute sa surface accessible, en arrière et sur les côtés par une paroi dure, rugueuse, comme infiltrée de sels calcaires. Cette cavité, du volume d'un gros œuf de poule, renferme deux cuillerées environ de pus crêmeux inodore et un corps étranger, complètement mobile, qu'on extrait avec la plus grande facilité. Le corps étranger retiré n'est autre chose qu'un fragment osseux. en forme de crochet, ayant nettement la forme et le caractère extérieurs de la ligne âpre, sa longue branche mesure 6 cent., sa courte branche, 3 cent. ; son épaisseur varie de 3 à 12 millimètres (1).

Poursuivant les recherches dans la direction du creux poplité, on constate que l'artère, ulcérée dans toute son étendue visible, communique à plein canal avec le foyer de suppuration. Les parois du vaisseau, dures, friables, paraissent également avoir subi l'infiltration calcaire; un volumineux thrombus remplit sa lumière, de telle sorte qu'il ne se produit aucune hémorrhagie par le bout inférieur. On renonce, en raison de l'état de l'artère à ce niveau, à faire la ligature du bout inférieur, qui nécessiterait une dissection complète du creux poplité.

Quelques petits vaisseaux sont liés à la surface de l'énorme poche anévrismatique. Curetage du foyer de suppuration à l'aide de l'instrument de VOLKMAN. Lavage de la cavité à la solution forte de chlorure de zinc. Tamponnement à la gaze iodoformée. Drainage. — Réunion par des crins de la longue ligne d'incision. Pansement ouaté de tout le membre.

Le blessé a perdu beaucoup de sang ; il est pâle et trés affaibli ; pouls fréquent et petit. — Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum ; injections d'éther et de caféine.

1er janvier. — Nuit assez bonne ; le blessé a dormi quelques heures : il a bu du lait et de la limonade, Température : 36°6 le matin ; 37°8 le soir. — Pouls fréquent (120), mais sensiblement moins fréquent que la veille. Disparition complète des douleurs dans la cuisse et dans le genou. Mollet diminué de volume. Le pied est normal ; la petite plaque de sphacèle ne s'est pas étendue. Fourmillement dans les orteils, les deux premiers sont fortement cyanosés, le troisième l'est à un degré moins prononcé. La sensibilité est partout conservée. Moral excellent. Appétit bon. Prescriptions : alimentation substantielle. Toniques ; Vins généreux, café.

2 janvier. — Très bonne nuit ; aucune douleur. Température ; 37°6-38. Pouls remonté, mais encore fréquent : 108.

Même état du pied : la teinte bleuâtre des orteils s'est un peu accentuée, mais sans s'étendre davantage ; le pied reste bien chaud et sensible. On ne sent pas les battements, ni de la pédieuse, ni de la tibiale postérieure.

(1) Un dessin de ce corps étranger, que nous devions à la complaisance de M. le Médecin-Major GHIPEZ, a malheureusement été égaré.

3 janvier. — Nuit agitée : loquacité, subdélire. Température : 37°6-38°2.

La région opératoire n'est pas douloureuse ; même état du pied.

4 janvier. — Nuit bonne. Pouls plein, moins fréquent. Température : 37°1-38°2. Aucune douleur, ni dans la cuisse, ni dans le pied, qui reste chaud et sensible ; toutefois, la teinte cyanotique des deux premiers orteils est plus prononcée.

Renouvellement du pansement qui est taché d'un pus fétide. Sphacèle des lèvres de la plaie. On fait sauter quelques points de suture ; l'ouverture ainsi créée donne passage à un écoulement sanieux abondant. Ecouvillonnage de la cavité à l'eau oxygénée. Pansement iodoformé.

5 janvier. — Nuit bonne. Température 37°1-37°2. Le pansement est abondamment souillé de pus infect. Enlèvement des points de suture restants. La vaste cavité ouverte le 31 décembre est remplie d'une grande quantité de pus fétide, de caillots sanguins ramollis et de lambeaux de tissu cellulaire mortifié, flottant entre les muscles disséqués. Après un nettoyage aussi complet que possible, elle est largement irriguée à l'eau oxygénée ; des tampons ouatés imbibés de ce liquide sont promenés dans toutes ses anfractuosités.

Même état du pied, toujours chaud et sensible et cyanose prononcée des trois premiers orteils.

Etat général satisfaisant ; ni douleurs, ni frissons. Le pouls est bien frappé, mais fréquent : 112-120.

6 janvier. — Bon état général, appétit et sommeil. Température 37°2-38°2.

On retire de la plaie de grands lambeaux de tissu cellulaire mortifié ; les muscles disséqués, l'artère fémorale complètement dénudée apparaissent au fond de l'énorme cavité suppurante.

Attouchements à l'eau oxygénée. Pansement à la gaze enduite de pommade à la microcidine et aux essences de CHAMPIONNIÈRE.

Même état du pied, qui reste chaud et sensible. La plaque sous-malléolaire, et celle des deux premiers orteils sont stationnaires. Fourmillements au niveau des parties en voie d'escharification. Pas de battements à la tibiale et à la pédieuse.

9 janvier. — A chaque pansement on enlève des lambeaux de tissu cellulaire, et on vide les clapiers de la sanie qu'ils renferment. Les parties de la plaie détergées prennent un aspect rosé.

11 janvier. — La température s'est élevée depuis 48 heures au-dessus de 39° le soir. Cependant la plaie a très bon aspect dans la plus grande partie de son étendue ; suppuration abondante encore, mais de meilleur aspect et moins fétide. La pression de la région supérieure de la cuisse fait sourdre de la profondeur, sous les vaisseaux, un ichor grisâtre, infect, dont l'écoulement était gêné par la présence d'un paquet de tissu cellulaire mortifié faisant bouchon. C'est à la rétention de ce liquide qu'il convient d'attribuer, selon toute vraisemblance, l'élévation thermique constatée.

Pas de douleurs, ni dans la plaie, ni dans les

articulations de la hanche, et du genou, dont les mouvements sont complètement libres.

14 janvier. — Etat général bon, appétit et sommeil parfaits. Température normale.

La plaie, bourgeonnante sur toute son étendue, a très belle apparence ; un pus crémeux a remplacé l'ichor fétide des jours précédents ; les phénomènes de mortification ont complètement cessé.

On supprime les attouchements à l'eau oxygénée ; la plaie est lavée tous les matins au sérum ; puis pansée à la pommade aux essences, dont l'action modificatrie a été très remarquable.

Etat stationnaire des petites eschares du pied.

17 janvier. — Très bon état général et local. — La température est redevenue normale.

La face plantaire des deux premiers orteils et une partie de la face plantaire du troisième présentent une teinte noire foncée ; à ce niveau la peau est sèche et parcheminée, peu sensible aux piqûres d'épingles. Fourmillements.

20 janvier. — L'étendue de la plaie diminue à vue d'œil. Un stylet introduit à sa partie inférieure dans une direction verticale arrive sur la face postérieure du fémur dénudé. Ecoulement de pus venant de la profondeur, lorsqu'on presse la cuisse à ce niveau.

Aux orteils le sphacèle s'accentue, mais sans s'étendre. Un sillon de délimitation se marque sur la face dorsale du gros orteil, un peu en arrière de la matrice unguéale, sur la face plantaire, au niveau du pli de flexion. Au deuxième orteil, le sillon de délimitation suit à peu près l'interligne phalango-phalanginien.

23 janvier. — Détachement de deux eschares superficielles (comprenant seulement la peau) aux deux premiers orteils. Les fourmillements ont cessé dans cette région.

1er février. — L'eschare sous-malléolaire s'est détachée sans suppuration, laissant à nu un épiderme de nouvelle formation.

4 février. — Chute de l'ongle du deuxième orteil. Les eschares des orteils continuent à se détacher, sous la poussée d'une suppuration assez abondante.

Très bon aspect de la plaie de la cuisse, qui se rétrécit à vue d'œil par le développement sur ses bords d'une ligne cicatricielle interrompue. Suppuration de bon aloi, et très peu abondante.

Etat général excellent.

11 février. — Détachement de l'ongle du gros orteil. Bon état de la plaie, qui fait des progrès rapides vers la cicatrisation.

Du 12 au 15 février, petite poussée fébrile qui se termine brusquement avec l'évacuation d'un abcès profond, et l'élimination du fil de soie jeté sur la fémorale. L'état général est, d'ailleurs, resté très satisfaisant.

20 février. — Détachement d'une eschare comprenant la peau de la face plantaire du gros orteil. Bourgeonnement rapide de toutes les surfaces suppurantes appartenant aux trois premiers orteils.

1er mars. — Les plaies des deuxième et troisième orteils sont complètement cicatrisées. Au premier orteil, reste à la face plantaire une surface bourgeonnante du diamètre d'une pièce d'un franc.

15 mars. — Les ulcérations du pied sont complètement cicatrisées ; les orteils sont un peu amincis et fusiformes ; ils ont gardé toute leur motilité. Le pouls n'a pas encore reparu à la tibiale postérieure et à la pédieuse.

25 avril. — Guérison complète de la vaste perte de substance de la cuisse. Cicatrice longue de 20 centimètres adhérente aux parties profondes, au milieu de laquelle se trouve un bourgeon charnu masquant l'orifice d'une fistule, qui donne passage à une petite quantité de pus. Le stylet introduit dans le trajet arrive directement sur le fémur dénudé sur une surface du diamètre d'une pièce de cinquante centimes environ. Pas de séquestre mobile. L'os, augmenté de volume dans son tiers inférieur, est à peine sensible à la pression. Pas de douleurs spontanées.

Mobilité normale de toutes les articulations du membre inférieur ; les mouvements de flexion et d'extension du genou sont absolument normaux.

Le blessé marche facilement avec l'aide d'une canne ; mais il ressent une légère douleur dans la région externe et inférieure de la cuisse. Aussi le décubitus horizontal est-il maintenu.

Etat général excellent.

1er juin. — Même état de la fistule fémorale ; le pansement qui la recouvre est taché tous les jours de quelques gouttes de pus. Il persiste donc un foyer d'ostéo-périostite croissante qui nécessitera une nouvelle intervention, si les efforts de la nature sont impuissants à amener la guérison.

Etat général parfait ; le malade a considérablement engraissé depuis son admission à l'hôpital.

D... est réformé n° 1 avec gratification.

Il est revu en septembre, paraissant complètement guéri. La marche est facile, ne s'accompagnant ni de gène, ni de douleurs. La fistule est fermée, la diaphyse fémorale reste légèrement augmentée de volume dans son quart inférieur.

A cette époque D... a repris ses occupations qui l'obligent à rester debout une partie de la journée.

Réflexions. — L'intéressante observation que nous venons de relater pourrait prêter à de nombreuses considérations que, par leur multiplicité même, et par les développements qu'elles nécessiteraient risqueraient peut-être d'en affaiblir la portée. Il nous paraît plus utile de souligner sommairement les points principaux d'une histoire pathologique assez obscure dans ses origines, et que l'intervention opératoire a seule pu permettre de reconstituer.

I. L'opération pratiquée le 31 décembre a fait découvrir en arrière du fémur, et au-dessous des condyles, une collection purulente de petit volume, (abcès osseux des anciens auteurs) avec nécrose superficielle de l'os, et formation d'un séquestre cons-

titué par le V de la ligne âpre. Ces constatations, dont il convient de rapprocher l'évolution de l'affection, d'une part, de l'autre, l'absence de traumatismes et de maladies infectieuses quelconques, ont conduit au diagnostic d'*ostéomyélite chronique d'emblée*, forme atténuée de l'ostéomyélite phlegmoneuse diffuse, que les travaux de LANNELONGUE, (1), de DEMOULIN (2), de GANGOLPHE (3), de BERGER, (4), etc... ont bien fait connaître. Tous ces auteurs ont insisté sur la symptomatologie discrète de ces cas, et la marche latente que revêt souvent l'affection ; les cas ne sont pas rares où un accident (fracture...) vient en révéler l'existence (DEMOULIN). Si notre observation ne fait pas, sous ce rapport, exception à la règle, elle montre du moins, une fois de plus, les difficultés du diagnostic.

II. KIRMISSON (5) a insisté sur la prédilection de l'ostéomyélite pour la région postéro-inférieure du fémur. « C'est, en effet, dans le triangle sus-condylien, limité par les deux branches de bifurcation de la ligne âpre, que viennent surtout évoluer les lésions de l'ostéomyélite ; elles ont, par là même, tendance à gagner le creux poplité. Sur dix faits d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur, six fois cette marche vers la face postérieure de l'os et le creux poplité est notée d'une manière spéciale ».

La description de KIRMISSON s'applique, de tous points, à notre opéré, si nous croyons devoir, à notre tour, signaler cette localisation particulière, c'est que nous estimons que les faits exceptionnels ne sont pas les seuls qui offrent de l'intérêt. Les complications vasculaires qu'elle entraîne fréquemment n'exigent-elles pas, d'ailleurs, que le chirurgien soit prévenu et attentif, lorsqu'il se trouve en présence d'une ostéomyélite aiguë ou chronique, au voisinage de l'épiphyse inférieure du fémur ?

III. L'ulcération de l'artère poplitée au cours de l'ostéomyélite du fémur est une complication relativement fréquente. Signalée par X. DELORE (6), KIRMISSON (7), TILLAUX (8), JABOULAY (9), elle a fait l'objet d'un travail d'ensemble de BOUDRIOT (1). Ce dernier auteur a rapporté 14 cas de perforation de la poplitée, dont 11 ont été suivis de mort et 2 ont nécessité l'amputation de la cuisse. De pareils chiffres se passent de commentaires ; il affirment suffisamment la haute gravité du pronostic.

L'observation de TILLAUX (non relevée par BOUDRIOT) concerne « un malade atteint d'une ostéite du fémur, au voisinage de la ligne âpre ; une perforante fut ulcérée, et il se produisit rapidement un vaste anévrysme diffus, que je traitai par l'ouverture de la poche, après avoir lié la fémorale, immédiatement au-dessus et au-dessous. Le malade succomba quarante-six heures après, avec une gangrène de tout le tout le membre » (2).

Notre blessé a guéri de sa grave complication vasculaire ; il a conservé tout son membre, et reste seulement porteur d'un foyer très limité d'ostéopériostite paraissant d'ailleurs en très bonne voie de guérison. Il nous a paru qu'à ce titre l'observation ci-dessus méritait de ne pas rester dans l'oubli.

IV. Elle présente, d'ailleurs, une particularité intéressante qui la distingue de la plupart des cas analogues dont la littérature médicale nous offre la relation. Dans notre cas, il s'agit bien nettement d'une *ostéomyélite chronique d'emblée*, ayant déterminé une ulcération artérielle, et un anévrysme diffus, tandis que la plupart de ceux qu'il nous a été donné de connaître, ceux, en particulier de la thèse de BOUDRIOT, concernent des ostéomyélites chroniques consécutives à des poussées aiguës observées soit dans l'enfance, soit dans l'adolescence (*ostéomyélite prolongée*). On comprend les difficultés particulières que présentait chez notre blessé, indemne de tout antécédent pathologique, le diagnostic causal de l'hématôme anévrysmal diffus, à l'évolution duquel nous avons assisté pendant quelques jours.

V. Le mécanisme de l'ulcération artérielle, suite d'ostéomyélite, est variable : tantôt il s'agit d'une action mécanique sur la paroi vasculaire d'un fragment osseux, d'un séquestre, etc... ; tantôt d'une artérite infectieuse avec névrose par contiguité de tissus. C'est ce processus, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture de l'observation, qu'il convient surtout d'examiner chez notre jeune soldat ;

(1) LANNELONGUE et COMBY. — De l'ostéomyélite prolongée ou chronique. Archives générales de Médecine, 1879.
(2) DEMOULIN. — De l'ostéomyélite chronique d'emblée. Thèse de Paris, 1888.
(3) GANGOLPHE. — Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os.
(4) BERGER. — Société de chirurgie. Juin 1903.
(5) KIRMISSON. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, 1890.
(6) DELORE. — Archives de chirurgie, 1896.
(7) KIRMISSON. — *Loco citato*, page 25.
(8) TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique, 10e édition.
(9) JABOULAY. — Bulletin médical 1905, n° 6.

(1) BOUDRIOT. — Des ulcérations artérielles dans les ostéomyélites Thèse de Lyon, 1896.
(2) TILLAUX. — *Loco citato*, page 1035.

l'action traumatisante du séquestre mobile nous a paru tout à fait secondaire, en présence des lésions d'artérite relevées au cours de l'intervention, et des rapports du vaisseau avec le foyer de suppuration rétro-fémoral.

VI. Nous ferons remarquer, en terminant, que les phénomènes de sphacèle très limité observés sur les orteils et sur le pied consécutivement au développement de l'artérite oblitérante, de la poplitée, loin d'avoir été aggravés par la ligature de l'artère fémorale, ont, au contraire, été arrêtés par cette intervention. Il est juste de dire que la lente évolution des accidents artériels avait laissé à la circulation collatérale le temps de s'établir, de telle sorte que la ligature du vaisseau n'a apporté, par elle-même, aucune perturbation dans les conditions d'irrigation sanguine du membre.

A propos de vieux ossements

par le docteur **René Le Fort**

Quand nous ouvrons d'anciens ouvrages de pathologie, nous sommes bien souvent désorientés et bien souvent embarrassés pour mettre une étiquette précise aux lésions décrites par nos devanciers. La pathologie humaine s'est-elle donc transformée ? Non. Sans aucun doute, certaines maladies ont subi des modifications dans la suite des siècles, mais le fonds même des affections médicales et chirurgicales ne diffère pas très notablement aujourd'hui de ce qu'il était au cours des époques précédentes, nous avons seulement précisé les méthodes d'examen et changé les classifications d'autrefois. L'étude des lésions osseuses anciennes nous en fournit la preuve. Cette étude est facile et a souvent été faite, et Paris possède dans ses catacombes un riche musée de curiosités pathologiques. Encore ce musée ne comprend-il que des pièces d'une antiquité relative. « Dans ces cavités immenses d'où nos monuments sont sortis, aux abîmes d'où l'on a tiré le Louvre, Notre-Dame et autres églises », comme le dit Michelet, il n'y a que le « tout Paris mort depuis mille ans. »

Les pièces réellement anciennes ne manquent pas, cependant, et dans tous les pays du monde, il est facile d'en observer un plus ou moins grand nombre. Sans rappeler les lésions trouvées sur des crânes préhistoriques, ou chez les momies d'Egypte, voici quelques exemples que nous avons eu récemment l'occasion de noter.

Dans le petit musée situé entre la Porta Marina et le Forum, à Pompéï, on peut voir sur la dernière planche de la Salle III une « strana frattura dell'osso del femore viziosamente riunita. » La fracture, qui siège au-dessous de la partie moyenne du fémur, est consolidée par un gros cal ; le fragment inférieur, beaucoup plus volumineux que le supérieur, forme avec lui un angle presque droit, ouvert en dedans. C'est là une lésion curieuse, digne d'un musée anatomique ; la pièce est un vrai modèle de cal vicieux, et ne fait pas l'éloge de nos confrères pompéiens. Par contre, nos confrères carthaginois étaient des gens habiles, s'il faut en croire les pièces du musée de Carthage. Ainsi, dans la grande salle de droite, on voit une fracture des deux os de la jambe au quart inférieur, à environ 7 centimètres de l'interligne pour le tibia et à un bon travers de doigt plus bas pour le péroné, où la consolidation rectiligne a été obtenue. Le cal, il est vrai, présente une grosse jetée osseuse qui unit les deux os et il est volumineux du côté du tibia, mais, sauf un peu de rotation du pied, la direction est bonne.

Une autre pièce paraît se rapporter à une fracture de l'humérus si bien consolidée qu'elle est douteuse.

Les fractures ne représentent pas à elles seules toutes les lésions pathologiques qu'on peut rencontrer dans l'antiquité. On voit, par exemple, dans le même musée, de très intéressantes pièces d'ankylose vertébrale. Une d'elles, surtout, est magnifique : une grande coulée osseuse antérieure soude entre eux les corps vertébraux et paraît bien due à un mal de Pott guéri. Un squelette, conservé entier, présente une différence marquée de longueur des deux jambes. Il y a bien d'autres pièces curieuses.

Encore faut-il se méfier des lésions osseuses des cadavres. Celles que nous avons citées jusqu'ici sont indiscutablement pathologiques ; il en est d'autres qui peuvent avoir été produites au moment de la mort ou, plus souvent, post mortem. Il en est ainsi surtout de très nombreuses lésions de la face qu'on trouve dans tous les ossuaires. Par exemple, donna Cecilia Santonocito, qu'une inscription nous indique morte à 24 ans, le 27 août 1854, et qui, dans une belle robe rose avec jupon pompadour, repose dans les Catacombes des Capucins aux portes de Palerme, présente une absence totale du malaire droit avec large ouverture du sinus maxillaire. C'est une lésion très fréquente sur les cadavres desséchés. On la rencontre chez Rizzuto Francesco, mort en avril 1872, et chez bien d'autres voisins de la signora Cecilia.

A plus forte raison ces lésions se retrouvent-elles sur des pièces osseuses plus anciennes. Dans la salle III déjà citée du Musée de Pompéi, et sur la troisième planche, on peut voir un crâne dont le malaire droit et l'apophyse malaire du maxillaire manquent totalement. Sur la deuxième planche, au fond, un crâne ne porte qu'une seule arcade zygomatique. Un autre crâne, sur la planche III, et qui présente une absence partielle du malaire dont le rebord orbitaire est resté en place, laisse voir une perforation temporale qui pourrait bien aussi avoir été faite après la

mort, tandis qu'un autre crâne, sur la planche II et au fond, laisse apercevoir une perforation de la fosse temporale gauche, de la dimension d'une pièce d'un sou, au niveau de la ptère, perforation dont les bords paraissent assez réguliers et qui, à distance, car je n'ai pu avoir la pièce en mains, m'a paru contemporaine de la vie.

Les pièces de ce musée et celles qui, de Pompéï, ont été transportées au Musée de Naples, sont particulièrement intéressantes, en ce sens que les cadavres mis au jour ont été moulés par les cendres volcaniques lors de la catastrophe qui a coûté la vie à Pline l'Ancien, et qu'on a pu, en coulant du plâtre dans les moules naturels, après en avoir retiré les os, retrouver la physionomie exacte des lésions des parties molles comme celle des os eux-mêmes. Ainsi, on reconnaît chez des brûlés l'éclatement des bouts des doigts laissant passer les extrémités des phalanges, l'éclatement du cuir chevelu laissant le crâne à nu ; un cadavre porte un avant-bras droit réduit à un moignon qu'un cubitus fracturé dépasse de quatre centimètres. Il y a là bien d'autres pièces intéressantes que je ne puis décrire ici. Je voudrais seulement m'arrêter quelques instants sur une pièce inédite, assez curieuse, que je vous présente ici, et que j'ai trouvée le mois dernier au milieu même des ruines de Carthage.

C'est une vertèbre de bossu, présentant tous les caractères classiques de la scoliose. Elle appartient à la région dorsale et même à la région dorsale moyenne. Cette vertèbre est très déformée, la partie antérieure du corps vertébral est déjetée à droite, en même temps, ce corps vertébral est comme écrasé à droite, les faces supérieures étant beaucoup plus rapprochées de ce côté qu'à gauche et la face latérale droite ne présente guère que 16 millimètres de hauteur, alors que la face gauche en a 22. En outre, la face droite est absolument excavée, alors que la gauche est presque plane. L'apophyse articulaire supérieure droite est plus étroite que la gauche, l'apophyse épineuse est déviée à droite, une des apophyses transverses manque en partie et empêche de comparer les deux ensemble. Il s'agit d'une scoliose dorsale à convexité gauche, et comme la face supérieure du corps vertébral est plus à gauche, plus éloignée de la ligne médiane, par conséquent, que la face inférieure du même corps (affaissement rhomboïdal ou losangoïde de Delpech), la vertèbre fait partie de la portion inférieure de la courbe scoliotique ; comme d'autre part elle appartient aux vertèbres dorsales moyennes, on peut tirer cette conclusion que la scoliose était du type dorsal supérieur gauche, forme plus rare sans doute que la scoliose dorsale à convexité droite, mais variété bien connue quand même de la scoliose.

Il ne m'est pas possible de donner des renseignements précis sur l'origine de cette pièce.

Il est probable qu'elle remonte à l'époque de la Carthage romaine, les pièces de l'époque punique étant relativement plus rares. Elle est incontestablement ancienne, et porte le cachet spécial des os qui ont longuement séjourné dans la terre. Les ossements humains libres abondent dans les ruines de Carthage, j'en ai trouvé bien d'autres, et je vous montrerai encore ce fragment de maxillaire pour vous faire admirer, malgré la présence d'une dent cariée, l'état magnifique des dents qui y sont encore fixées. Les Carthaginois en général avaient des dents superbes, et le musée de Carthage renferme d'admirables râteliers naturels sans la moindre tare. Ces ossements étaient libres ; les sarcophages ne manquent point non plus, et lors de mon passage à Carthage, on en a mis un au jour, de l'époque punique, je crois, et fort bien conservé.

Il n'est point nécessaire de faire des fouilles pour trouver des ossements humains à Carthage. Là, comme dans beaucoup d'endroits en Orient, il y a des quantités d'os à la surface du sol. C'est la coutume encore actuelle des Orientaux d'enterrer leurs morts très superficiellement, et même, comme les os sont rapidement blanchis après l'inhumation, on voit retirer de la terre des cadavres inhumés quelques semaines auparavant pour mettre à la place un cadavre frais ; les ossements déterrés restent à la surface du sol sans que personne y trouve à redire, ainsi qu'on peut le voir sur cette photographie prise récemment à Téboursouk, en Tunisie.

Naturellement, on rencontre au milieu des ossements humains de nombreux os d'animaux, et ce n'est pas seulement à Carthage que cette confusion existe. Le gros fragment osseux que je vous présente ici, et qui, je le pense, représente une apophyse vertébrale de cheval ou de bœuf, provient d'un ossuaire humain. J'ai eu occasion de le découvrir parmi les ossements des martyrs du premier siècle, conservés pieusement dans les catacombes de Syracuse. Il ne faudrait pas, bien entendu, se servir de pareilles pièces pour décrire des anomalies humaines.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 22 décembre 1905

Présidence de M. Surmont, président.

Syphilis maligne précoce. Absence d'éruption sur un membre atteint de paralysie infantile

M. Bertin. — J'ai l'honneur de vous présenter un malade du service de M. le professeur Charmeil, atteint de syphilis maligne précoce et de paralysie infantile, et dont l'éruption offre quelques particularités intéressantes.

Ce malade est un homme de 25 ans, d'apparence assez malingre. Il a eu dans l'enfance des accidents convulsifs qui l'ont tenu au lit pendant six à huit mois et qui ont

entraîné une atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse. Il s'agit, comme vous pouvez le voir, d'une paralysie infantile banale ayant porté sur le membre inférieur droit. Dans l'adolescence, le malade est atteint de bronchites fréquentes ; on trouve d'ailleurs à l'auscultation des signes de tuberculose du sommet droit. Depuis plusieurs années, il s'est livré à de nombreux excès alcooliques ; il buvait environ quinze à vingt verres de genièvre tous les jours.

Au mois de juillet dernier, cet homme contracta la syphilis. Il ne peut nous renseigner exactement sur la nature exacte des accidents qu'il a présentés à cette époque, mais les cicatrices multiples qu'il porte sur la verge peuvent faire supposer qu'il s'agissait de chancres mixtes. Six semaines environ après le premier accident génital, il fit un premier séjour dans le service ; il était atteint alors de la roséole et des accidents des muqueuses, ne présentant rien de spécial. Il fut soumis à quatre injections d'huile grise et quitta le service.

Il fut admis pour la seconde fois, il y a trois semaines, et à ce moment, les accidents qu'il présente sont beaucoup plus graves. Le corps est couvert de syphilides ulcéro-croûteuses d'étendue et de profondeur variables ; sur les amygdales on trouve des syphilides ulcéreuses, sur la langue et à la face interne des joues des accidents érosifs. Il s'agit en somme de syphilis maligne précoce. Cette gravité initiale de la vérole chez notre malade n'a rien qui doive nous étonner. Cet homme, en effet, est à la fois tuberculeux et alcoolique ; or, nous savons que la tuberculose et l'alcoolisme sont les deux facteurs qui aggravent le plus souvent la période secondaire de la syphilis et lui font prendre dès son début l'aspect du tertiarisme.

Mais ce qui est bien plus intéressant, chez notre malade, c'est la localisation de l'éruption. Nous remarquons en effet que le membre paralysé est presque entièrement respecté. En effet, tandis que sur le membre sain nous trouvons de nombreuses ulcérations disséminées, du côté atrophié, au contraire, nous en voyons à peine trois ou quatre ; encore convient-il d'ajouter qu'elles siègent à la racine du membre, qui a été peu touché par la paralysie, tandis que la jambe et le pied, qui sont considérablement atrophiés, sont absolument indemnes.

Cette localisation particulière des éruptions syphilitiques chez les malades atteints de paralysie spasmodique de l'enfance est un fait clinique signalé depuis longtemps. Il y a quelques années, M. Boulogne, dans sa thèse inaugurale inspirée par M. le professeur Charmeil, a pu en réunir un certain nombre d'observations personnelles et en retrouver d'autres cas signalés par Jolly, Thibierge, Launois, etc.

Mais la pathogénie de ce phénomène est assez complexe. Nous savons que les membres touchés par les affections spasmo-paralytiques de l'enfance présentent des troubles circulatoires qui doivent évidemment jouer un rôle capital dans la dissémination des germes pathogènes ; d'autre part, il se produit dans ces mêmes régions des troubles trophiques, qui, en modifiant la nutrition de la peau, peuvent créer des conditions défavorables aux manifestations éruptives.

M. **Le Fort** signale le type scoliotique supérieur que présente le malade ; ce type est semblable à celui des adolescents.

M. **Charmeil**, dans la thèse de son élève, M. Boulogne, a montré l'immunité relative du membre paralysé, vis-à-vis des éruptions syphilitiques et d'ordre infectieux, en général. Cette immunité serait expliquée par des troubles circulatoires. Ce serait un phénomène semblable à celui réalisé expérimentalement par Bier.

M. **Carlier** demande si les injections au calomel ne sont pas indiquées dans des cas semblables.

M. **Charmeil** a toujours obtenu d'excellents résultats par les injections d'huile grise. Il les considère d'une efficacité sensiblement égale à celle des injections de calomel qui ont l'inconvénient d'être plus douloureuses.

Sur un cas d'imperforation du rectum

M. **Solon Véras** envoie à la Société l'observation suivante dont lecture est donnée *in extenso* :

Les cas d'imperforation rectale ne sont pas rares et les auteurs ont déjà décrit des différentes variétés, qu'il est possible de rencontrer et la conduite à suivre pour procéder à une opération souvent très délicate.

L'oblitération, pourtant complète avec rétrécissement sus-jacent, n'est pas des plus communes et son diagnostic précis pourrait présenter certaines difficultés, ainsi qu'il nous est arrivé dans le cas que nous allons décrire.

Le 13 novembre, on amène à la consultation externe de notre hôpital, un nourrisson de cinq jours, qui, au dire de ses parents, n'avait pas rendu son méconium et à plusieurs reprises avait vomi des matières liquides et jaunâtres. Nous remarquons un enfant très émacié et très pâle, dont le ventre est ballonné, ce qui nous empêche de bien palper. L'orifice anal existe ; nous l'explorons au moyen d'une sonde et nous sommes arrêté par une cloison à une profondeur de 2 cm. 1/2.

Nous procédons alors immédiatement à l'opération par le procédé habituel : incision médiane antéro-postérieure de la racine des bourses à 1 cm. au-dessus du coccyx. Nous rencontrons sans trop de difficulté à 1 cm. au-dessus de la cloison de l'anus l'ampoule rectale, que nous reconnaissons, quoiqu'elle ne soit pas très noirâtre, à sa surface arrondie, lisse et tendue. Après l'avoir dénudée, nous la mettons bien à découvert, nous la fixons par deux points en U, et nous l'ouvrons par un coup de ciseaux.

Il ne se produit aucune évacuation de méconium et pourtant nous sommes bien certain d'être en présence de l'ampoule rectale, car la surface incisée en dehors des signes caractéristiques que nous avons décrits plus haut, bombait et se poussait dehors pendant les cris de l'enfant. L'idée nous vient alors de faire un lavage à l'eau stérilisée au moyen d'une sonde molle; nous poussons cette sonde avec beaucoup de précautions jusqu'à 8 cm., 10 cm.; l'eau revient d'abord claire, puis elle entraîne une petite quantité de méconium. Dès l'apparition de ce méconium, nous jugeons la manœuvre suffisante, étant donné surtout que l'opération durait depuis assez longtemps, nous suturons le rectum à la peau et nous terminons l'opération.

Il est bien entendu qu'après tout ce qui s'en suivit, nous avons pensé à l'existence d'une imperforation superposée, imperforation à simple cloison, ou bien encore d'un rétrécissement supérieur probablement membraneux, qui, pour une raison quelconque (parce que son orifice était trop petit) empêchait les matières de descendre; nous avons poussé, perforé l'obstacle avec la sonde et c'est ainsi que nous avons vu le méconium venir.

Le lendemain, nous revoyons le petit malade; on nous raconte qu'il n'a pas eu de selles depuis le méconium évacué pendant l'opération et qu'il n'a pas cessé de vomir ces mêmes matières jaunâtres. Nous nous étonnons naturellement de cet état de choses, nous craignons que les sutures n'aient pas sauté et nous examinons avec attention la plaie externe. Les sutures tiennent bien à leur place, le rectum n'est pas remonté; nous faisons alors un lavement avec une petite poire et nous voyons réapparaître très peu de selles. Ces selles, pourtant, nous rassurent, car nous croyons que d'autres selles avaient peut-être paru sans qu'on les remarque et nous laissons l'enfant tranquille.

Le 15 novembre l'enfant est très mal; on nous dit encore qu'il a quand même continué à vomir. Il vomit même devant nous, et nous reconnaissons tous les phénomènes d'obstruction intestinale. Nous examinons de nouveau nos sutures, tout est bien à sa place; nous faisons passer avec énormément de précaution une sonde dans le rectum jusqu'à 6 puis 8 centim. et nous essayons un lavage avec un bock en réduisant la pression à son minimum. L'eau revient toujours claire; nous poussons la sonde jusqu'à 10 centim. et nous nous butons à un obstacle. Nous nous faisons bien alors l'idée qu'il y a là quelque chose, qui empêche les selles de venir, mais nous n'osons pas trop pousser avec la sonde, que nous croyons prudent de retirer.

Le mauvais état de l'enfant, que nous sentons près de succomber, ne nous encourage pas à entreprendre une nouvelle intervention chirurgicale; néanmoins nous le proposons quand même aux parents, qui s'y refusent.

L'enfant meurt le même soir; ne pouvant pas faire une autopsie en règle, nous faisons simplement sauter nos sutures du rectum et nous attirons ce dernier dehors déchirant avec le doigt toutes ses adhérences. Nous trouvons une oblitération à l'S iliaque; c'est une espèce de membrane comme une valvule, présentant, d'un côté, un orifice minime, laissant à peine passer une tête d'épingle. Cet orifice, croyons-nous, a dû être légèrement élargi ou tendu par notre première tentative avec la sonde, peut-être même fait avec la sonde et c'est ainsi qu'il a laissé passage à cette très petite quantité de méconium, que nous avons vu le jour de l'opération. Quant aux selles en quantité minime aperçues le lendemain après le lavement, ce doit être un reste de méconium qui séjourna dans la partie sous-jacente à la membrane depuis notre premier lavage; peut-être même, ce qui nous paraît moins probable, ont-elles passé tout doucement à travers l'orifice pendant les poussées de l'enfant et que les phénomènes d'obstruction ont paru quand même, cet orifice ayant été bouché par une mucosité quelconque.

Si notre dernière tentative ne nous a pas donné de résultat, peut-être butions-nous avec la sonde contre l'orifice même, ou bien, poussant contre la membrane, nous oblitérions entièrement cette petite ouverture.

Le fait est, qu'ayant vu déjà une petite quantité de méconium apparaître, on ne pouvait pas prévoir, après l'opération, que cette oblitération membraneuse continuerait à former obstacle à la descente des matières.

Paralysie des dilatateurs de la glotte

MM. **Gaudier** et **Bernard** montrent une malade de quinze ans présentant une paralysie complète des muscles dilatateurs de la glotte.

A partir de 7 ans, sans aucun trouble général, la voix commença à se casser par accès, et à l'âge de douze ans, la voix commença à baisser progressivement, et cet état persista jusqu'à l'âge de treize ans et demi, où elle entra à l'hôpital.

A son entrée. M. Gaudier constate que la muqueuse du larynx est intacte, mais que les deux cordes vocales sont presque en contact sur la ligne médiane; les cordes ne peuvent s'écarter (paralysie des dilatateurs) ni se rapprocher sur la ligne médiane (paralysie des constricteurs), ce qui explique les troubles de la voix et de la respiration. A chaque inspiration, la dypsnée augmente et devant ces symptômes graves, la trachéotomie est pratiquée.

Sous le chloroforme, la dyspnée augmente et l'opération est faite en un temps.

Huit mois après cette intervention, il est impossible de décanuler, car les cordes sont dans la même situation et, la canule enlevée, l'enfant fait de l'asphyxie immédiate; il n'y a pas de lésion de la muqueuse.

L'état général est parfait, la recherche d'une cause de lésion récurrentielle a été négative.

M. **Ingelrans** a eu cette petite malade dans son service alors qu'il était temporairement chargé de la Clinique médicale à l'hôpital Saint-Sauveur : c'était en septembre 1905. Il a constaté, non seulement une paralysie laryngée, mais un spasme des adducteurs. La radiscopie n'a révélé aucune tumeur capable de comprimer les récurrents dans le médiastin. L'électrisation et un traitement suggestif ont été mis en œuvre sanrésultat. L'hystérie reste le diagnostic le plus probable, mais non certain. Il s'agit d'un cas clinique des plus obscurs au point de vue de son interprétation.

M. **Combemale** propose la chloroformisation pour affirmer le diagnostic.

M. **Potel** rappelle l'observation d'une malade qui fut trachéotomisée deux fois pour accidents laryngés dus à la névrose. Cette malade a présenté consécutivement des troubles trophiques de nature hystérique.

M. **Charmeil** a observé la même malade et a vu un pemphigus hystérique, des vomissements sanglants, etc.

M. **Deléarde** a constaté les mêmes symptômes chez une de ses malades.

M. **Breton** rappelle la thèse de Krause qui admet l'origine spasmodique et non paralytique du rapprochement complet des cordes vocales.

M **Noquet** cite un exemple personnel et insiste sur le doute qui plane encore sur la nature exacte de pareils accidents.

Hémorrhagie ventriculaire

M. **Looten** présente à la Société le cerveau d'une femme morte d'hémorrhagie cérébrale.

Cette femme est entrée dans le service de M. le Professeur Combemale, la nuit du 28 au 29 novembre. Elle présentait à l'examen une hémiplégie droite, accompagnée d'un certain degré d'hémianesthésie, et de raideur des membres. Les sphincters sont incontinents. Un certain embarras de la parole empêche la malade de répondre d'une façon intelligible aux questions qu'on lui pose et qu'elle semble pourtant bien comprendre.

Le lendemain les mêmes symptômes existent ; seule la raideur des membres a disparu ; l'affaiblissement général de la veille s'accentue. Il y a maintenant une tendance marquée au sommeil et cette somnolence n'est entrecoupée que de bâillements répétés.

Les jours suivants, le coma s'établit peu à peu et la malade succombe le 9 décembre, c'est-à-dire 10 jours après le début des accidents.

Cette évolution clinique ressemble un peu à ce que les Anglais appellent l'apoplexie progressive « ingraveorent apoplexie » et qui ne diffère d'après Boy et Vedel, de l'apoplexie commune que par l'apparition tardive du coma.

Un point intéressant de cette observation, c'est la présence le 1er jour d'un certain degré de raideur des membres hémiplégiés. En effet dans tous les traités classiques il est dit que toute hémorrhagie cérébrale compliquée d'inondation ventriculaire s'accompagne de contractures précoces. Nous croyons avec Marie que l'importance de ce symptôme a été quelque peu exagéré, et qu'il ne faut pas s'attendre dans ces cas à trouver une contracture au sens véritable du mot, mais plutôt un certain manque de souplesse des membres.

A l'autopsie, après avoir débité le cerveau en coupes verticales, suivant la méthode de Pitres, nous avons trouvé dans l'hémisphère gauche et au niveau de l'extrémité postérieure de la couche optique un foyer hémorrhagique.

Le sang d'abord épanché à ce niveau s'est ensuite frayé un chemin vers la partie du ventricule latéral, contigu à la couche optique ; de là il a pénétré dans les cornes sphénoïdale et occipitale de ce ventricule. L'artère rompue est très probablement la lenticulo-optique. Cette rupture du foyer hémorrhagique dans le ventricule est très fréquente. La raison de cette fréquence doit être cherchée dans ce fait que la résistance des tissus dans la substance grise se trouve moindre que dans la substance blanche, et s'il s'agit de noyau contigu au ventricule latéral, comme la couche optique, on comprend aisément avec quelle facilité l'hémorrhagie pénétrera dans la cavité ventriculaire.

Nous ajouterons avec Bosc et Vedel que l'apoplexie progressive n'a pas toujours comme point de départ une lésion de l'artère lenticulaire, mais que toute hémorrhagie cérébrale peut donner lieu à ce syndrome clinique.

Quelle est enfin la cause de cette hémorrhagie cérébrale ? Nous pouvons l'attribuer presque certainement à l'alcool, car la malade buvait journellement de l'absinthe et l'action de l'alcool sur la nutrition du cerveau et des parois vasculaires est aujourd'hui trop connue pour y insister davantage.

M. **Ingelrans** insiste sur l'incontinence urinaire observée chez cette malade. Les troubles urinaires d'origine cérébrale sont, en effet, absolument exceptionnels chez les sujets non comateux comme la présente malade. Ils peuvent consister en incontinence ou en rétention, ce qui n'a rien de surprenant, car Bochefontaine et Franck ont montré que l'écorce excitée détermine tantôt des contractions du sphincter et du detrusor urinœ, tantôt leur relâchement. Frankl-Hochwart et Fröhlich ont constaté l'existence d'un centre cortical relâchant le sphincter sans qu'il intervienne de contraction du detrusor. Seulement, comme les deux hémisphères innervent la vessie, il est rare que les lésions cérébrales, généralement unilatérales, soient capables d'amener des troubles urinaires, quand il n'y a point de coma.

M. **Ingelrans** dit que Czylarz et Marburg (*Jahrb. f.*

Psych., 1901, et *Wiener klin. Woch.*, 1902), HAMBURGER (*Neurol. Centralb.*, 1903), FRIEDMANN (*Münch. med. Woch.*, 1904), GOLDMANN (*Beitr. z. klin. Chir.*, 1904), pour ne citer que les auteurs les plus récents, ont étudié, après les physiologistes, les symptômes urinaires dans certains cas de lésions cérébrales du genre de celles que présente M. LOOTEN. Il est important d'insister sur les faits cliniques du même genre qu'on pourrait rencontrer, car ils serviraient à élucider des points encore très mal connus.

Vieux ossements

M. **Le Fort** fait à la Société une intéressante communication qui est reproduite in-extenso.

(A suivre).

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Technique chirurgicale journalière de l'étudiant au lit du malade, par le docteur A. BESSON, Lille. *R. Giard*, 1905.

L'auteur a eu l'idée de présenter aux étudiants les connaissances de petite chirurgie médicale, si l'on peut dire, qui leur sont nécessaires pour donner au mieux l'aide qui leur est réclamée par leur chef de service d'hôpital en raison de leurs fonctions d'externe, d'interne et d'aide de clinique, voire même de stagiaire zélé. La technique ainsi acquise suivra nécessairement l'étudiant devenu docteur, et ce sera pour lui un solide bagage. Aussi ne peut-on que souhaiter le succès à cette tentative.

La vulgarité apparente de la plupart des questions traitées dans ce petit volume de 180 pages, n'enlève rien à l'importance du sujet ; bien des points des menues opérations médicales quotidiennes sont imprécises ou inconnues, que le praticien d'aujourd'hui aurait à revoir dans ce petit livre, que celui de demain aura à y apprendre. L'anesthésie générale, l'anesthésie locale, les appareils plâtrés, le corset de Sayre, l'appareil de Scultet, les tamponnements des diverses cavités sont parmi les questions chirurgicales : la saignée : les sangsues, les vésicatoires, les ventouses, le lavage de l'estomac, les mouchetures, les diverses injections, la ponction lombaire, la thoracentèse, le cathétérisme sont parmi les questions plutôt médicales que les candidats aux concours peuvent aussi avoir intérêt à apprendre dans ce modeste, mais précieux petit volume.

Dr F. C.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous avons le regret d'annoncer ici la mort de M. le professeur DUPONT, doyen de la Faculté des Lettres de Lille. De nombreux étudiants en médecine avaient pu apprécier, aux épreuves du baccalauréat ès-lettres, les qualités de cet homme de bien, bon et modeste. Aussi, à ses obsèques, que suivaient presque tous les professeurs de la Faculté de médecine, l'Association des étudiants avait-elle délégué son bureau et les étudiants en médecine étaient-ils nombreux.

— Nous relevons, parmi les récentes nominations dans le cadre auxiliaire du **service de santé militaire**, les noms suivants qui intéressent notre région : M. le docteur FAMECHON, de Douai, est nommé médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale ; MM. les docteurs MERVEILLE, de Lille ; CRAPEZ, d'Englefontaine ; FIATTE, d'Epehy (Somme) ; OBERS, de Lille ; MAES, de Béthune ; PIET, de Villers-Cotterets ; GALLAND, de Fleurbaix (P.-d.-C.) ; BERTRAND, de Roubaix ; LERNOUX, de Wormhoudt ; FAUCHEUX, de Douai, sont nommés médecin aide-majors de 2e classe de réserve. M. le docteur SCHULTZ est nommé médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. E.-M.-C. CHRISTIAEN, de Petite-Synthe (Nord), a soutenu avec succès, le 8 janvier 1906, sa thèse de doctorat intitulée : **Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin.**

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Ont été nommés : *Officier*, M. le docteur RUAULT, de Paris ; *chevalier*, M. le docteur GAILLARD, de Paris.

Acte de courage et de dévouement. — La *médaille de bronze* a été attribuée à M. le docteur O'FOLLORVEL, de Paris.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur LAMBERT, agrégé, est maintenu en exercice jusqu'au 31 octobre 1907, et chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

Ecole de plein exercice d'Alger. — M. le docteur LEBLANC, est chargé des fonctions de suppléant des chairs d'anatomie et de physiologie et de celles de chef des travaux anatomiques et physiologiques, en remplacement de M. le docteur LABBÉ, en congé.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Paul MEUSNIER, de Blois (Loir-et-Cher) ; BAGNOL, de Saint-Saturnin-lez-Apt (Vaucluse) ; CARBONNIER, médecin-major de 2e classe à Nice (Alpes-Maritimes) ; TERVER, d'Ecully (Rhône) ; GIUGANINO, de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Loire) ; DUPONT, de Laroche (Haute-Savoie) ; DELARUE, d'Asnières (Seine) ; Auguste GRENIER, de Montluçon (Allier) ; Vincent SEUX, de Marseille ; GRAUGNARD, de Marseille ; Henri BRUN, médecin-major de 1re classe, à Marseille.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés, par le professeur O. HERTWIG, directeur de l'Institut anato-biologique de l'Université de Berlin. Traduit sur la deuxième éditon allemande par L. MERCIER, chef des travaux de zoologie à la Faculté des sciences de Nancy. Préface du professeur A. PRENANT. 1 vol. in-8 raisin de 532 pages, avec 373 figures en noir et en couleurs Prix : 15 francs. (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris-VIe).

Il appartenait à M. le professeur O. HERTWIG, dont on connaît l'inimitable talent didactique, d'écrire un livre élémentaire d'embryologie, pour les débutants, pour les étudiants.

Les qualités maîtresses des autres ouvrages d'enseignement signés du distingué professeur, la clarté, la simplicité, la rigoureuse ordonnance des matériaux et cependant l'absence de sécheresse dans la description, ces qualités variées,qui sont portées à un si hautdegré,notamment dans « La Cellule et les Tissus », se retrouvent ici. N'ayant rien perdu de leur valeur dans une transposition française, faite par un traducteur habile et consciencieux, elles donneront toute satisfaction à l'esprit français, épris de limpidité, de logique et d'élégance.

L'ouvrage élémentaire, dont il paraît aujourd'hui une traduction française, est parfaitement de nature à fixer dans l'esprit du débutant les faits fondamentaux et les théories directrices de la science embryologique.

S'il ne dépasse pas le volume du *Traité d'embryologie* paru autrefois, malgré la masse énorme des travaux embryologiques publiés depuis cette époque, c'est que l'auteur, voulant mettre 'lembryologie à la portée des débutants, a opéré une sélection sévère dans la foule des documents et n'a retenu que ceux qui sont véritablement intéressants et nouveaux, ne s'est arrêté qu'aux théories réellement directrices. Si ce manuel atteint presque le volume de l'ancien Traité, c'est que l'éminent professeur écrivant pour les étudiants, a voulu, tout en conservant à son ouvrage la forme concise qui distingue toutes ses œuvres didactiques, doner cependant aux descriptions tout le développement nécessaire pour les faire bien comprendre. Ainsi adapté exactement aux besoins des lecteurs auxquels il s'adresse, ce livre élémentaire ne peut manquer d'avoir un légitime succès.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille
52e SEMAINE DU 24 AU 30 DÉCEMBRE 1905

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	6	3
3 mois à un an	4	4
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	1	1
5 à 20 ans	4	3
20 à 60 ans	14	17
60 ans et au-dessus	12	22
Total	42	52

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	5	17	20	33	8	8	4	7	16	2	4	124
TOTAL des DÉCÈS	4	15	12	12	4	17	6	3	9	4	5	91
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	2	7	1	4	1	9	4	1	1	»	2	32
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	3
Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	»	2	2	1	»	»	»	1	»	»	»	6
Maladies organiques du cœur	»	2	1	2	»	1	»	»	1	»	1	8
Bronchite	1	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	4
Apoplexie cérébrale	»	1	1	2	»	1	»	»	2	1	»	8
Cancer	»	1	»	»	»	1	1	»	»	»	1	4
Autres tuberculoses	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Bronchite et pneumonie	»	1	2	2	2	1	1	»	»	»	1	10
Grippe	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Tuberculose pulmonaire	1	1	2	1	1	1	»	»	3	1	»	11
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Erysipèle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.
Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 471. Dixième Année. N° 3 Le Numéro : 10 centimes 21 Janvier 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Questions d'hygiène publique liées à l'exploitation des tramways de Valenciennes (1)

par le docteur **A. Manouvriez** (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine.

L'exploitation des chemins de fer routiers à voie étroite de Valenciennes, plus communément désignés sous le nom de « tramways » (2), présentait au début et présente encore des défectuosités au point de vue de l'hygiène publique.

Les prochaines modifications de leur matériel, nécessitées par la substitution de l'électricité à la vapeur dans la traction, donnent à ces questions un caractère d'actualité, tout au moins locale. Aussi, croyons-nous devoir attirer l'attention sur quelques *desiderata* de cet ordre, notamment sur l'abatage de la poussière par arrosage de la voie, et le ménagement des conducteurs-receveurs par installation de strapontins à leur usage ; chemin faisant, nous signalerons les diverses améliorations, tentées ou réalisées.

1° ABATAGE DE LA POUSSIÈRE PAR ARROSAGE DE LA VOIE. — Il y a une quinzaine d'années, nous avons demandé à la Compagnie de remédier à l'abondante poussière soulevée, pendant l'été, par le passage des trains sur les routes, notamment dans les endroits encaissés, sur le viaduc par exemple.

Les wagons soulèvent d'autant plus facilement la poussière, que, comme pour les automobiles, leur partie inférieure rase presque le sol, par suite de la nécessité, vu l'étroitesse de la voie, de maintenir le plus bas possible leur centre de gravité. La formation en un train de plusieurs voitures favorise encore ce soulèvement.

Outre l'incommodité qu'elle occasionne aux voyageurs de la plateforme et des cars découverts et aux conducteurs-receveurs, ainsi qu'aux passants et aux riverains, la poussière des routes, véritable culture de microbes desséchés, constitue un des facteurs les plus efficaces de diffusion de ces germes morbides, qui jouent un rôle si important au point de vue de la santé publique. L'attention des hygiénistes s'est

(1) Communication à la *Commission sanitaire de l'arrondissement de Valenciennes*, 30 novembre 1905.

(2) La Société des *Chemins de fer économiques du Nord* exploite, dans notre région, les lignes de Valenciennes à St-Amand ; de Valenciennes à Condé et Hergnies, avec embranchement de Bonsecours ; de Valenciennes à Denain et Lourches, et de Valenciennes à Quiévrain (Belgique), avec raccordement de Roisin.

depuis lors, de plus en plus portée sur ce danger des poussières des routes, croissant avec le développement de l'automobilisme. D'autre part, enfin, la Compagnie devrait trouver avantage à épargner à son matériel la poussière, justement considérée comme un agent appréciable de détérioration.

En 1891, on plaça, devant la locomotive, un wagonnet-plateforme portant plusieurs tonneaux communicants, qui déversaient l'eau par des pommes d'arrosoirs latérales. Ce procédé rudimentaire présentait le sérieux inconvénient de gaspiller l'eau, tout en ne procurant que des résultats incomplets et irréguliers ; il augmentait, d'ailleurs, sensiblement l'effort de traction et nécessitait un complément de matériel (1).

A la fin de mai 1892, des essais encourageants d'arrosage automatique de la voie eurent lieu sur les lignes de Saint-Amand et de Denain. Cette fois, le problème semblait résolu d'une façon satisfaisante et économique. L'eau était fournie par le réservoir d'alimentation de la machine ; sous l'influence d'une faible pression de vapeur, au moyen d'un éjecteur Giffard, cette eau se projetait en fines gouttelettes, en travers de la voie, plus particulièrement dans l'intervalle des rails et en dehors de ceux-ci, par les nombreux trous d'un tuyau transversalement placé sous le devant de la locomotive. L'arrosage paraissait suffisant et régulier, sans devoir exiger une trop forte consommation d'eau ; le patinage des roues ne se produisait point sur les rails suffisamment préservés. Sans être tout-à-fait annihilée, la poussière se trouvait néanmoins considérablement atténuée et supportable.

On pouvait espérer que cet heureux perfectionnement allait être appliqué, d'une façon générale et régulière sur toutes les lignes, conciliant ainsi les intérêts de l'exploitation avec le confort et l'hygiène des voyageurs, du personnel, des passants et des habitants en bordure. Malgré les encouragements de la presse locale, il ne fut pas donné suite à ce commencement de mise en pratique, pour des raisons d'économie, qu'un hygiéniste devrait regarder comme trop parcimonieuse.

En ce moment, où s'élabore un nouveau cahier des charges, l'opinion publique trouverait naturel que les municipalités intéressées, soutenues par l'autorité départementale, se préoccupent de cette sérieuse question d'hygiène publique.

La solution semble pouvoir être obtenue par l'arrosage de la voie, plusieurs fois par jour, surtout dans la traversée des agglomérations et aux passages rétrécis et encaissés, tels que les viaducs, au moyen de *tenders-citernes*, rattachés aux trains, ou de wagons-citernes indépendants.

Nous nous serions rallié au goudronnage de la voie, si ce mode d'abatage de la poussière n'était resté trop onéreux, et s'il était établi qu'il est compatible avec la nature du sol de nos voies, souvent pavées, ce dont nous doutons.

Il est équitable de reconnaître qu'une part de responsabilité devrait incomber aux municipalités qui négligeraient l'enlèvement des boues et poussières, en particulier sur les trottoirs, où sont parfois déposées des ordures ménagères.

De toute façon, que ce soit par arrosage ou goudronnage, avec ou sans accord des municipalités et de la Compagnie des tramways, l'important est que la poussière nocive ne soit plus intensivement disséminée, comme elle l'est actuellement.

2° Ménagement des conducteurs-receveurs de trains par installation de strapontins a leur usage. — Usant souvent de tramways et ayant l'habitude de rester, autant que possible, sur la plate-forme, nous avons maintes fois éprouvé combien la station debout y devient pénible, quand elle est soutenue, sans le moindre repos assis, durant un certain temps, d'une gare terminus à l'autre par exemple. La fatigue qui en résulte se manifeste principalement par une sensation douloureuse de tassement dans la plante des pieds, parfois avec fourmillements et engourdissement des extrémités inférieures, et par un fléchissement des jointures des cous-de-pied et des genoux ; ce sont là les effets tout à la fois de la station debout prolongée et de la trépidation du train.

Cette observation, qui remonte à une douzaine d'années, nous amena naturellement à nous demander comment les conducteurs-receveurs de trains pouvaient rester ainsi continuellement debout, durant quinze et même parfois dix-huit heures (!) consécutives, comme ils y sont astreints par le règlement (1).

(1) Voir à ce sujet, dans l'*Impartial du Nord* du 1er juin 1892, notre article sous le pseudonyme « Alphamu ».

(1) Leur journée est ordinairement de 15 heures 20 ; mais, les dimanches et fêtes, elle est de 15 heures 44 en hiver, et de 18 heures 14 en été. Une vingtaine de minutes sont accordées, trois fois, pour les repas : déjeuner, dîner et goûter, et même une quatrième fois, dans le plus long service d'été.

Ils nous ont alors déclaré que l'impossibilité absolue de s'asseoir était précisément ce qu'ils considéraient comme le plus fatigant dans leur service. Tant qu'ils circulent, pour la recette, ils résistent assez bien ; mais au repos debout, ils sont vite incommodés. La haute taille et surtout la longueur relative des membres inférieurs paraissent être des facteurs de moindre résistance.

Par certains points, ces inconvénients professionnels des receveurs de tramways sont analogues et comparables aux accidents parétiques des mécaniciens et chauffeurs de chemins de fer, aux troubles circulatoires des membres inférieurs chez les anciens laquais debout derrière les carosses, et au mal plantaire de nos gardiens de la paix et des gardes du corps dans les cours étrangères.

Pour ménager les forces de ces modestes employés des tramways, il suffirait d'installer sur la plateforme un strapontin « réservé », grâce auquel il pourrait se reposer, par intervalles, dans les pauses du service.

Nous nous tiendrions volontiers à la disposition des ingénieurs de la Compagnie, pour l'étude de la mise en pratique de cette petite modification, qui nous paraît devoir être importante par ses résultats dans l'intérêt hygiénique du personnel.

A la Compagnie des Omnibus de Paris, il est permis aux receveurs de s'asseoir à l'intérieur, à partir du dernier bureau précédent l'extrémité de la ligne ; on tolère de plus qu'ils s'asseyent, lorsque le service le permet, sur de petits sièges mobiles, analogues à ceux des balançoires, accrochés aux poignées ou rampes de la plateforme. Leur journée, d'ailleurs, ne dépasse pas douze heures, avec une heure pour le repas, au milieu.

3° Chauffage et éclairage ; freins ; billets. — Au début de l'exploitation, les voitures n'étaient pas chauffées pendant l'hiver. Plus tard, on installa, dans les compartiments de première classe seulement, des poêles qui, d'ordinaire, surchauffaient les voyageurs, congestionnaient leur tête en laissant les pieds froids, et souvent, à cause du rabatage en cours de marche, les enfumaient et les intoxiquaient sournoisement par l'oxyde de carbone ; il en résultait des incommodités fréquentes, parfois même des indispositions, dont la cause resta presque toujours méconnue.

Nous avons, en 1891, signalé ces inconvénients, en conseillant de recourir au *chauffage automatique par la vapeur d'échappement* de la locomotive ; ce système, inventé par M. Briand, ingénieur du matériel et de la traction au chemin de fer des mines d'Anzin, venait d'être appliqué, avec avantage, sur la ligne de Somain à Péruwelz (1).

D'abord mal accueilli, ce conseil fut suivi, quelques années plus tard, et ce nouveau procédé de chauffage, hygiénique et confortable, économique par surcroît, fut appliqué aux voitures des deux classes, à la grande satisfaction des voyageurs.

La suppression de la traction à vapeur impliquera nécessairement la disparition de ce mode de chauffage.

Avec le système futur, auquel on doit songer dès maintenant, et qui sera peut-être basé sur l'emploi des *briquettes de charbon de Paris*, il importerait de ne point laisser dégager d'oxyde de carbone dans l'intérieur des compartiments.

Les chaufferettes électriques, employées avec succès sur quelques nouveaux cars de l'Est Parisien, réaliseraient le chauffage idéal.

Les freins à vapeur, qui devront aussi être supprimés, seront, on peut l'espérer, remplacés par des *freins électriques, ou à air comprimé*, et non par les anciens freins à main, d'un maniement si pénible pour les mécaniciens et chauffeurs, à cause des vibrations transmises au membre supérieur.

Quant aux voyageurs de la plateforme, ils ne regretteront pas les brusques secousses, ni les pulvérisations d'eau grasse et noire, que leur prodiguait le frein à vapeur ; celles-ci n'étaient d'ailleurs qu'une variante des scories offensantes pour l'œil, projetées par les cheminées des machines, bourrées de charbon pierreux et surtout essoufflées.

Enfin l'utilisation de l'électricité pour l'*éclairage* sera naturellement une des heureuses conséquences hygiéniques de la modification apportée à la traction.

En terminant, on ne peut que protester contre l'habitude, tout au moins malpropre, de quelques receveurs qui, pour détacher plus aisément chaque coupon du bloc à souche des billets, s'humectent le pouce de salive, risquant ainsi de transmettre aux voyageurs les germes de certaines maladies : grippe, tuberculose, diphtérie, oreillons, etc.

L'emploi d'un talon de caoutchouc adapté à l'extrémité du crayon de couleur qui sert à l'oblitération, récemment préconisé par le docteur Tauchon, sera-t-il

(1) Les détails s'en trouvent exposés dans un article de l'*Impartial du Nord* du 10 novembre 1891, écrit sur notre inspiration.

plus pratique que celui de la petite éponge mouillée, recommandée jusqu'alors pour éviter *l'insalivation des billets* ?

Aphasie sensorielle d'origine traumatique

par le Docteur **Patoir**,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Observation. — D... R..., 46 ans, peintre en bâtiments, entre le 25 août 1905, au Pavillon d'observation de l'Hôpital Saint-Sauveur de Lille, avec le certificat médical suivant : « le nommé D... R... est atteint d'abolition des facultés intellectuelles consécutive à une chute, sur la tête, d'une hauteur de neuf mètres, chute datant du 29 mai 1905. Il est complètement hébété, et les mots qu'il prononce sont absolument incohérents. De plus, depuis trois semaines environ, D... devient de plus en plus agité, il menace sa mère avec laquelle il demeure ; en un mot, il se livre à des actes qui peuvent devenir dangereux pour lui-même et pour les autres. »

C'est donc comme aliéné que D... est envoyé à Saint-Sauveur, et effectivement au premier abord il donne l'impression d'un malade atteint de confusion mentale. Son langage est incompréhensible et c'est par sa famille que je suis mis au courant de ses antécédents et de l'histoire de son affection.

Antécédents héréditaires: — Son père est mort à 63 ans d'une maladie de poitrine. Sa mère, âgée de 67 ans, est assez bien portante malgré les douleurs articulaires qui la tourmentent (1).

Antécédents personnels. — Bien portant dans sa première enfance et sa jeunesse, il s'est marié à 33 ans et a vécu avec sa femme pendant cinq ou six ans ; il n'a pas eu d'enfants et sa femme n'a pas fait de fausse couche. Il y a sept ans environ, il s'est séparé de sa femme et le divorce a été prononcé contre lui.

Il y a quatre ans, D... eut des douleurs, du gonflement et de l'albumine dans les urines : il fut très malade et semble avoir fait une néphrite aiguë ou subaiguë. Au bout de trois mois de traitement (régime lacté) et de repos, il recouvra la santé. Il ne semble pas qu'on puisse rattacher cette néphrite au saturnisme dont il n'a pas présenté d'autres signes (coliques, paralysies, etc.) Quant à l'alcoolisme, sa famille dit qu'il ne buvait pas journellement mais qu'il s'enivrait souvent. Il avait l'ivresse méchante et tombait parfois dans une sorte de coma entrecoupé de petites convulsions. On ne trouve chez lui aucune trace de syphilis ni dans le passé ni actuellement.

Histoire de la maladie. — Le lundi 29 mai 1905, il travaillait sur un échafaudage, lorsqu'il fit une chute d'une hauteur de 9 mètres. Il tomba sur la tête et le coup porta sur le côté gauche du crâne, au-dessus et un peu en arrière de l'oreille. Il n'eut aucune plaie apparente et « il ne perdit pas une goutte de sang. » Il fut relevé sans connaissance et transporté à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le docteur Duret. La famille est très affirmative sur le point suivant : on ne nota ni plaie du cuir chevelu, ni fracture du crâne ; il n'y avait non plus aucune lésion sur les autres parties du corps. A la suite de cette chute, D... resta dans le coma pendant onze jours ; la perte de connaissance était absolue. Il fut question de méningite ou tout au moins de phénomènes méningés, et pendant plusieurs jours on lui fit des applications de glace sur la tête. Tout le côté droit du corps était paralysé. Peu à peu le blessé sortit du coma, mais il resta plusieurs jours dans l'hébétude, sans reconnaître ses parents et sans se rendre compte de l'endroit où il était : il ne prononçait alors aucune parole articulée. Puis, la situation s'améliora, la conscience revint et le mouvement reparut dans le côté droit qui, au bout d'environ un mois, avait repris toutes les apparences d'un fonctionnement parfait en même temps que l'usage de la parole commençait à revenir. Aux monosyllabes oui, non, coco, D... pouvait ajouter des mots entiers, mais il restait toujours fort incohérent, et les seules pensées qu'il put faire comprendre étaient celles ayant trait à sa mauvaise situation et à son désir de rentrer chez lui. Il fut question de l'opérer, mais ce projet ne put être mis à exécution, car le malade, qui marchait facilement, s'enfuit de l'hôpital après un séjour de six à sept semaines et gagna sa demeure sans se tromper.

Sa mère s'aperçut bientôt que non seulement son langage était bizarre et incohérent mais aussi que son caractère était changé : il était devenu triste, irascible, prompt à s'emporter et à menacer. Il semble avoir été préoccupé de son métier, d'argent à gagner, avoir eu peut être quelques idées de grandeur et une haute notion de son savoir-faire. Mais ici une réserve s'impose car la famille — il est facile de s'en rendre compte — a toujours cru que sa parole traduisait sa pensée, ce qui n'est pas exact comme on va le voir. Quoi qu'il en soit, il rendait la vie dure à sa mère et c'est pour cette raison surtout qu'elle se résolut à le faire mettre en observation.

Ses parents spécialement interrogés sur ce point, affirment tous qu'avant l'accident du 29 mai 1905, D... parlait très bien, entendait parfaitement et était, en outre, bon chanteur. Actuellement il parle un peu mieux qu'à sa sortie de l'hôpital, mais depuis quelques semaines il ne semble plus faire de progrès.

Etat actuel. — D... donne bien au premier abord l'impression d'un malade en pleine confusion mentale, mais pour peu qu'on l'observe on se rend vite compte qu'il y a un désaccord très net entre sa façon de parler et sa façon d'agir : son langage est incohérent, incompréhensible, on ne peut pas engager une conversation avec lui, mais aucun de ses actes, du moins dans les fonctions ordinaires de la vie, ne paraît en rapport avec une perturbation intellectuelle profonde. Chez D... *les troubles du langage dominent de beaucoup les troubles de la mentalité*, et il faut même se demander si ces derniers existent réellement et ne sont pas une illusion, créée par les premiers.

Il est donc nécessaire d'étudier tout d'abord ce qu'est devenue chez notre malade la fonction du langage.

Parole spontanée. — Dès qu'on entre en conversation avec D... on remarque de suite l'*altération profonde de la parole spontanée*. Une fois mis en branle par une interrogation ou même de son propre mouvement, il se met à discourir longuement, sans arrêt et sans s'inquiéter autrement de savoir s'il est compris ou non ; il est intarissable, littéralement il parle sous lui ; c'est un flux de mots, de la *logorrhée*. A mesure qu'il parle son langage devient de moins en moins compréhensible ; aux mots qui succèdent sans plus de souci du sens que de la syntaxe, s'ajoutent des mots nouveaux et bizarres : il y a à la fois *paraphasie* et *jargonaphasie*. Malgré l'abondance de son langage, D... a un vocabulaire restreint, car outre les mêmes expressions qui reparaissent souvent, on note l'extrême abondance des locutions insignifiantes, *des clichés* : « Vous voyez bien, comme vous dites, c'est certain... Je vous dirais... etc. ». En revanche, les substantifs, les verbes, les adjectifs précis, bref tous les mots qui ont une valeur

(1) La mère vient de mourir le 5 décembre 1905, avec des signes d'affection cardiaque. Le chagrin que lui a causé l'état de son fils aurait, paraît-il, précipité sa fin.

significative réelle sont rares. Son discours est donc à la fois abondant et pauvre. Quant aux mots de jargon qu'il emploie, il les forge avec les vocables ordinaires qu'il déforme ou dont il modifie la terminaison, quelquefois il les crée de toutes pièces : on ne note chez lui ni l'interposition des lettres ou des syllabes, ni le renversement des mots. Rien de particulier dans sa syntaxe : pas de style nègre ou télégraphique.

La fatigue augmente les troubles du langage. Il n'est pas rare qu'au début d'une conversation il ait une ou parfois quelques phrases assez compréhensibles ; puis la paraphasie survient, au bout d'un certain temps la jargonaphasie apparaît et quand la conversation se prolonge il n'y a plus qu'un déluge de mots sans aucune signification. L'émotion ou une excitation quelconque agissent dans le même sens que la fatigue.

Tels sont les troubles observés quand on laisse le malade discourir sans l'interrompre.

Si on l'interroge il a quelques réponses justes, mais la plupart ne signifient rien. Exemple :

D. Votre nom. —R. Roméo D.....

D. Votre âge (Il a 46 ans). — R. Roméo... 37 ou 36... Parce que j'avais le premier, je ne dis rien.

D. C'est votre âge que je demande ? — R. Roméo D... (puis mots sans suite).

D. Où êtes-vous né ? — R. Ici à Lille (Cette réponse n'a été obtenue qu'après avoir répété la question plusieurs fois et après que le malade eut jargonné).

D. Quelle est la date de votre naissance ? — R. Ma naissance, ça doit être 58.

D. Alors vous avez 47 ans ? — R. Non, 59.

D. Dans quel mois êtes-vous né ? — R. C'est 57 ou 56 que j'ai d'un seul coup... Vous voyez bien ce que je vous dis.

D. Dans quel rue êtes-vous né ? — R. Près de... rue Ouguer (?) C'était comme je dis maintenant.

D. Où demeurez-vous ? — R. Depuis ma mère... il y a 15 ans.

D. Quelle rue, quel numéro ? — R. (Il cherche, on lui souffle Rue .... 134 ; il fait signe que oui et répète à peu près correctement).

D. (Quelques instants après). Quelle rue, quel numéro habitez-vous. — R. (Incompréhensible).

D. Quel est le nom de votre mère (Rosine) ? — R. Mère Marie ou autre chose.

D. Quel est le nom de votre frère (Théodore). — R. Popo.

D. Quel est le nom de votre sœur (Rosine) — R. Je ne saurais pas dire (plusieurs mots sans suite) puis : Ro... Rosine.

D. Le nom de votre femme ? — R. Attendez... ça je ne peux pas dire (plusieurs mots de jargon — on lui souffle le nom, il le reconnaît et le répète).

D. Son âge. — R. (Incompréhensible).

D. Avez vous des enfants ? — R. J'en ai eu un avec une autre personne avant de connaître ma femme, jamais avec elle — (Il paraît que c'est faux et une autre fois il répond : jamais).

D. Votre pays ? — R. Mon pays est ici à Lille.

D. Avez-vous été soldat ? — R. Jamais.

D. Quand avez-vous été blessé ? — R. C'est l'année passée..., au commencement de cet été... Je ne peux pas dire...

D. Depuis quand ne savez-vous plus parler ? — R. Il y a cinq maintenant.

D. Racontez-moi votre accident ? — R. J'en ai une.... mais je vous dis pour le moment.

D. Souffrez-vous ? — R. Oui..., à c' t' heure, c'est fini, j'ai quelquefois, deux sous, trois sous.

D. Vous promenez-vous quelquefois ? — R. Une fois, une demi heure (longue phrase incompréhensible).

D. Quel temps fait-il ? — R. Il est bon un petit coup.

D. (En lui montrant une montre qui marque midi moins vingt). Quelle heure est-il ? — R. Là... midi... quatre jusque là.

D. Quand votre mère est-elle morte ? — R. 22 ou 23 de la nuit.

D. Quand l'a-t-on enterrée ? — R. Hier matin. (Exact).

D. Quel jour sommes-nous ? — R. Jeudi..., vendredi.., (il cherche) samedi. (Cette dernière réponse est exacte).

D. Dans quel mois sommes-nous ? — R. Pisson (?) je ne sais si c'est le premier ou le dernier.

D. Janvier ? — R. Oui. (Nous sommes en décembre 1905).

D. Décembre ? — R. Oui... parce qu'après on serait forcé de chercher jusqu'à la fin.

D. Quelle année ? — R. C'est ce que je dois dire.... (comptant sur ses doigts) Un..., deux... (On lui souffle mil neuf...) Mil deux cent...

D. Voulez-vous recommencer à travailler ? — R. Oui, Monsieur.

D. A quoi ? — R. Un confiseur (il a travaillé dans la confection des moules de confiserie). Je gagnerai 25 francs tous les jours.

D. 25 francs ? — R. 25 sous.

D. Combien gagnez-vous ? — R. Cinq cents.... cinq francs, j'étais tous les jours d'aller chez lui.

Pendant ces interrogatoires, le malade, à certains moments, s'excite, fait de grands gestes, parle seul et répète entre autres choses : « Je suis le premier quand je voudrais ! Demain, si vous voulez, je ferai ce qu'on voudrait, etc. » En dehors de ces moments d'excitation, il conserve une physionomie peu expressive, insoucieuse mais non déprimée, il répète fréquemment le geste de hausser les épaules, fait une mine ahurie, se presse la tête, en un mot sa mimique est gesticulante, un peu bizarre, quelquefois désordonnée, incohérente, et malgré qu'il fasse assez bien de gestes, ils sont loin de suppléer à l'obscurité de son langage.

On a du reste l'impression que s'il comprend certaines questions et s'il y répond plus ou moins correctement, il en est d'autres qu'il n'a pas comprises et à la suite desquelles il jargonne et divague. Il ne répond qu'aux questions nettement posées et lentement énoncées ; la même question posée deux fois à un certain intervalle provoque des réponses différentes et également incompréhensible.

Parole répétée. — Il répète généralement les mots qu'on lui dit, mais souvent après plusieurs essais et en les défigurant plus ou moins. Un mot répété est presqu'aussitôt oublié : si on nomme à D... un objet quelconque, il faut répéter immédiatement ce nom ou cet objet ; mais si on le lui montre quelques secondes après, il est incapable de le nommer à nouveau ; il n'a jamais pu retenir mon nom qu'il répète d'ailleurs correctement, bien qu'il me connaisse très bien et me voie tous les jours. La fatigue, l'émotion joue le même rôle que dans la parole spontanée.

Parole provoquée. — Il reconnaît tous les objets usuels, sait s'en servir convenablement et au moment opportun, mais les dénomme le plus souvent mal. Je lui montre successivement les objets suivants et j'inscris entre parenthèses le nom qu'il leur donne. Couteau (Pro....kéteau) ; fourchette (faisceau) ; lampe (presse) ; chaise (....chance) ; brosse (bonte) ; canif (pé) ; tabac (pape... du fumant) ; un sou (un sou) ; deux sous (deux sous) ; une pièce de dix sous (...cintante) ; chapeau (peau) ; porte (en bois... du bois) ; souliers (peté...peton) : jaquette (votre pa) ; chemise (plisse) ; armoire (ne trouve pas) ; pantalon (petit garçon) ; manchette (valise) ; essuie-mains (main) ; tapis (pli), etc.

Chaque fois que D... nomme un objet, il essaie un petit

commentaire, naturellement incompréhensible ; quelquefois, il esquisse un geste pour compléter sa pensée ; le plus souvent, il répond avec une physionomie mi-sérieuse, mi-ahurie qui lui est coutumière et un geste de la main toujours le même.

La traduction trop précise et trop schématique que je donne des réponses de D... peint d'une façon tort incomplète sa parole ; elle ne rend ni son jargon presque toujours intranscriptible, ni ses hésitations, ni ses recherches, ni les interjections qu'il pousse, encore moins cette agglomération de mots abondants et sans suite dont s'accompagne une réponse même très juste. Il y a là un ensemble qui fait du langage de D..., qu'il soit spontané ou provoqué, un langage bizarre et extrêmement incohérent.

Chant. — D. Savez-vous la *Marseillaise?* — R. Oui, il y en a, mais maintenant il y a des moments que je dis que je ne veux pas. - D. Chantez-la tout de même (je fredonne : Allons, enfants de la patrie...). — R. « Allons, enfants de la patrie... » Dès la fin du premier vers, les paroles deviennent incompréhensibles : c'est du jargon pur. Quant à l'air, le malade, qui était bon chanteur, paraît-il, et qui effectivement ne chante pas trop mal, l'entonne avec sincérité et conviction et le suit assez longtemps, puis il le perd et détonne d'une façon grotesque sans paraître s'en douter. Il continue imperturbablement et avec un aspect sérieux et convaincu. On ne peut mieux faire que de le comparer aux jeunes enfants qui s'essaient à chanter et chantent faux très sérieusement. D... est, en effet, en ce moment tout à fait puéril.

Surdité verbale. — La surdité verbale ne paraît pas très accentuée au premier examen : le malade exécute en effet nombre d'ordres que je lui donne, sans les accompagner de gestes et que je varie sans en changer le terme principal. Ainsi, il exécute correctement les ordres suivants : Donnez moi la main, levez la main, montrez-moi la main, etc. Mais il faut que ces ordres soient donnés d'une façon très nette et en accentuant un peu, comme dans le commandement militaire. Encore, faut-il assez souvent les répéter, quelquefois les commenter avant que le malade ait saisi. Si le geste commandé est compliqué, la difficulté à comprendre le commandement et à l'accomplir devient plus visible. Et enfin, si l'ordre est donné rapidement, d'une façon peu claire, sans détacher les mots et avec le ton de la conversation ordinaire, il est rare qu'il le comprenne. Il est en outre évident que, sauf quelques mots ou un membre de phrase saisis au passage, une conversation ordinaire lui échappe complètement.

Cécité verbale. — *a) Lecture de l'Imprimé.* Il lit généralement assez bien les mots d'une seule syllabe, très mal, les mots longs, surtout s'ils sont peu usuels et il déforme plus ou moins les termes connus, même s'ils ne sont pas trop longs. Il oublie fréquemment une syllabe, en ajoute quelquefois et jargonne en lisant : il n'est pas rare qu'au cours d'une phrase, il ajoute de son crû soit un mot existant dans la langue, soit un mot de jargon. Les troubles de la lecture s'accentuent très rapidement avec la fatigue : on arrive à suivre et à pouvoir comparer avec le texte les premiers mots qu'il lit, mais cela devient très vite impossible et le malade faisant un geste d'ignorance, ne cherche pas à continuer à lire.

Il lit bien les lettres et n'en manque que quelques-unes pourvu qu'elles soient séparées; si elles sont assemblées en mots, il les épèle mal. Il se fatigue d'ailleurs très vite et dit alors des lettres au hasard. Mêmes remarques pour la lecture des syllabes qu'il lit moins bien que les lettres séparées et mieux que les mots.

b) Lecture du Manuscrit. Nettement moins bonne que celle de l'imprimé. Au surplus, toutes les remarques faites à propos de la lecture de l'Imprimé sont applicables ici.

En somme, cécité littérale minime; cécité syllabique plus accentuée et cécité verbale plus marquée encore mais non complète.

Compréhension de la lecture. On peut la dire nulle et plus complète que ne le ferait supposer la lecture. Je lui écris en imprimé ou en manuscrit une série d'ordres très simples et très courts : Donnez-moi la main ; levez-vous de votre chaise ; où est votre mouchoir, etc. ; il les lit à peu près correctement, mais n'exécute aucun des commandements et ne répond à aucune des questions. Jamais d'ailleurs, on ne le voit prendre un livre ou un journal ni s'intéresser à quoi que ce soit. Sa cécité verbale est donc plus complète qu'elle ne paraît et les mots même lus correctement n'éveillent pas l'idée correspondante.

Lecture des emblèmes.— Je lui montre quelques emblèmes, les armes de Lille, la croix de la Légion d'Honneur, les armes de la République (R. F. entourés d'une couronne de lauriers). — Il ne semble pas les reconnaître ; toutefois après hésitation il me dit à la vue du R. F. « C'est français. » — Devant les autres il reste hébété ou se livre à une mimique incohérente tout en jargonnant plus ou moins.

Compréhension des chiffres et calcul. — Il reconnaît mieux les chiffres à l'audition qu'à la lecture, je lui demande de vive voix de me montrer un certain nombre de doigts : il y réussit quelquefois mais le plus souvent se trompe. Pour m'assurer qu'il n'y a pas pure coïncidence quand il est exact, je lui fais répéter l'exercice ; quand il tient un bon résultat il le maintient avec des signes affirmatifs et en répétant le chiffre. Même s'il s'est trompé d'abord et qu'il n'arrive au résultat qu'après plusieurs essais, il se rend compte qu'il est enfin arrivé au vrai chiffre et n'en démord plus. Il en est de même des calculs très simples que je lui fais exécuter. D.... est incapable de comprendre ou de faire une soustraction ou une division même très simples; mais il réussit assez souvent une addition et quelquefois une multiplication, mais il faut que le calcul à faire soit énoncé tout au long, expliqué et répété sous différentes formes. Lui-même a besoin de temps et sans doute de calculs mentaux simplifiés pour arriver à un résultat. Pour l'addition il semble qu'il décompose par unités ou qu'il cherche par tâtonnements ; pour la multiplication il tenterait une série d'additions, aussi ne réussit-il guère que les opérations dont le total ne dépasse pas dix.

La lecture des chiffres imprimés ou manuscrits est mauvaise, il les reconnaît difficilement, qu'il soit en nombre ou séparés, aussi ne peut-il être question de calcul avec chiffres écrits.

Ecriture. — 1° *Ecriture spontanée.* — Je demande à D... d'écrire son nom, son prénom, son âge, sa profession, son adresse, chaque chose étant énoncée séparément ; il écrit son nom avec paraphe, son prénom ; pour son âge il écrit son prénom qu'il vient d'écrire ; pour sa profession il trace un mot incompréhensible avec paraphe ; pour l'adresse un mot incompréhensible.

2° *Ecriture sous dictée* très mauvaise. Son nom même est défiguré et sauf un ou deux mots très courts, c'est illisible.

3° *Copie.* — Il transcrit l'imprimé quelquefois en imprimé, plus souvent en manuscrit, tantôt très mal, tantôt assez bien. A noter également l'influence très marquée de la fatigue. Il copie le manuscrit d'une façon également variable : il reproduit surtout passablement les termes usuels et les chiffres.

Quant au *graphisme* de son écriture, D... qui dans des échantillons de son écriture, antérieure à son accident,

se montrait sinon calligraphe, était du moins très lisible, a actuellement une écriture très maladroite, celle d'un débutant qui copie péniblement. La même maladresse existe pour le dessin : D..., qui fut à une certaine époque décorateur en confiserie, dessinait passablement, actuellement son dessin est généralement informe.

Articulation. Il parlait, paraît-il, très clairement et très distinctement. Actuellement, il a parfois la parole un peu empâtée, un léger bredouillement. On note aussi de l'hésitation, du bégaiement.

Bien que sa famille affirme qu'il parlait mieux autrefois, il est difficile de déterminer jusqu'à quel point il y a des troubles de l'articulation. En tout cas, ils sont minimes et tout relatifs.

Intonation. — La réserve s'impose comme pour l'articulation. Il semble bien pourtant que D..... prononce toutes ses phrases, quelles qu'elles soient, suivant une modulation, un chant qui ne varie guère. Ce n'est pas son intonation qui suppléerait chez lui, comme chez Baudelaire, au défaut des mots.

Mimique. — On peut en dire autant de sa mimique, sauf dans certains moments d'excitation où elle devient excessive, bizarre et un peu incohérente, elle se limite à quelques gestes peu expressifs, toujours les mêmes (haussement d'épaules, plissement du front, écarquillement des yeux). Les yeux s'animent peu, la physionomie reste généralement atone et sans expression. Le malade est notoirement incapable de compléter sa pensée, d'en faire saisir les nuances par un geste approprié et pittoresque. Il semble bien qu'il y ait une légère perturbation, une diminution de la mimique, une sorte de *paramimie*.

Tels sont les troubles du langage observés chez D... Ajoutons qu'il ne présente pas d'*aphasie optique*, pas de *cécité psychique* et pas de troubles intellectuels profonds et notoirement pas de délire caractérisé. Cela n'implique pas que son état mental soit complètement intact et j'aurai l'occasion de revenir plus longuement sur l'état de son intelligence que je laisse systématiquement de côté.

L'*examen physique* de D... montre qu'il n'existe chez lui aucune affection viscérale. A noter toutefois la dureté des radiales et la flexuosité des temporales.

A l'examen du crâne, il serait impossible, n'étaient les antécédents, de dire de quel côté le coup a porté. De son hémiplégie, il subsiste une excitation des réflexes tendineux et un peu d'atonie des muscles de la face à droite. Nous n'avons aucun des signes mis récemment en lumière par Babinski (relèvement des orteils, signe du peaucier, signe de l'épaule). Il n'y a pas non plus d'hémianopsie latérale droite.

30 Décembre 1905. — L'état de D... a peu varié depuis la fin d'août. Rendu à sa famille au bout de six semaines d'observation, il s'est montré le même qu'il était avant sa mise en observation, incohérent dans ses propos et irascible. Il paraît s'être un peu amélioré au point de vue du langage spontané, de la parole répétée et du chant. Mais cette différence que je relève repose plutôt sur une impression que sur des constatations nettes. En tout cas, cette amélioration est minime.

En résumé, D..., à la suite d'un traumatisme portant sur le côté droit du crâne a présenté, outre le coma initial et certain symptômes méningés qui nous sont mal connus, de l'hémiplégie droite rapidement disparue et de l'*aphasie*. Cette aphasie se caractérise actuellement par de la paraphasie et de la jargonaphasie, par une surdité verbale incomplète mais néanmoins très marquée, par une cécité verbale presque absolue et par de l'agraphie portant surtout sur l'écriture spontanée et sous dictée : il s'agit donc *d'une aphasie sensorielle* avec ses conséquences ordinaires.

D... se trouve donc dans l'impossibilité de transmettre sa pensée et de comprendre celle des autres : on n'a pas manqué dans le milieu où il vivait d'attribuer l'incohérence de son langage à l'incohérence de sa pensée, ce qui arrive assez souvent en pareil cas.

L'observation de D... est surtout intéressante par les circonstances qui ont donné naissance à l'aphasie. Il n'est pas exceptionnel de relever l'aphasie en cours des traumatismes crâniens, et l'on en trouvera quelques exemples notamment dans un mémoire de R. Martial (1) et dans la thèse de Froin (2). Mais dans l'immense majorité des cas il s'agit d'aphasie motrice avec hémiplégie droite persistante et les cas d'aphasie sensorielle sont plutôt rares. Très souvent aussi les troubles du langage sont transitoires alors que l'hémiplégie persiste en totalité ou en partie. Enfin les traumatismes crâniens qui donnent naissance à l'aphasie comportent soit la pénétration d'un corps étranger dans le crâne, soit une fracture du crâne. Une simple contusion du crâne sans fracture et sans enfoncement ne donne guère lieu à de l'aphasie et surtout à de l'aphasie sensorielle, durable. On peut donc considérer le cas de D... comme une rareté pathologique.

Il est impossible, en dehors d'une constatation directe, de déterminer la lésion qui a produit ces troubles. Mais on sait qu'en cas de contusion crânienne on peut observer une rupture de la méningée moyenne avec hématome de la dure-mère, voire même une rupture des sinus. Il peut exister également des hémorragies intra-arachnoïdiennes ou sous-arachnoïdiennes. Enfin, il peut se faire de véritables attritions du cerveau avec destruction plus ou moins profonde de la substance cérébrale, suivant un mode que Félizet (3) a reproduit expérimentalement :

Félizet coule dans un crâne de la paraffine qu'il laisse refroidir ; il projette ensuite le crâne sur le sol de hauteurs diverses. En dehors de toute fracture ou d'enfoncement il constate, au niveau où le crâne a porté sur le sol, une dépression de la masse de paraffine figée.

Il est évident que ces différentes lésions peuvent se combiner. Chez notre malade il y a eu, à n'en pas douter, au niveau des centres de Wernicke, une lésion assez profonde, puisque six mois après le traumatisme l'aphasie persiste, un peu améliorée peut être, mais très sensiblement la même que deux mois après l'accident. S'agit-il d'un écrasement de l'écorce à ce niveau ou d'une hémorrhagie sous-arachnoïdienne ? Y a-t il eu au moment de

(1) René Martial. — De l'hémiplégie traumatique Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1904, p. 209, 371, 512.

(2) Froin. — Des Hémorrhagies sous-arachnoïdiennes. — Th. Paris, 1904-1905, n° 113.

(3) Cité par R. Martial, *loc. citato*.

l'accident un épanchement sanguin plus important et résorbé depuis, qui expliquerait le coma, les phénomènes méningés et l'hémiplégie droite ? On ne peut faire sur ce point que des suppositions. Une trépanation ou une autopsie eussent pu, seules, lever les doutes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 22 décembre 1905 (*suite*)

Présidence de M. Surmont, président.

Aphasie sensorielle post-traumatique

M. **Patoir** présente un malade dont l'observation est reproduite *in extenso dans le présent numéro.*

M. **Ingelrans** insiste sur la netteté des symptômes chez ce malade si typique, atteint d'une aphasie sensorielle qu'on a pu étudier complètement et dont l'intérêt est véritablement très grand. Il rappelle que si, au début, la surdité verbale coexiste avec la cécité verbale, il n'est pas rare de voir la première s'atténuer au point d'exiger un examen attentif pour être retrouvée : c'est ce qui se passe chez le sujet présenté aujourd'hui. De plus, il n'a pas d'hémianopsie.

M. **Breton** rappelle qu'il a déjà présenté à la Société en son nom et en celui de M. Looten une malade présentant de l'aphasie sensorielle, avec agraphie et cécité verbale. Cette malade est morte à l'Hôpital de la Charité et l'autopsie a démontré l'existence d'une lésion intéressant la corticalité au niveau de la deuxième temporale. L'absence d'hémianopsie fut expliquée par l'intégrité des radiations de Gratiolet.

Paralysie récurrentielle bi-latérale

MM. **Gaudier** et **Bernard** présentent un malade scoliotique, âgé de 16 ans, qui est entré à l'hôpital St-Sauveur pour des troubles respiratoires laryngés, dus à la paralysie bilatérale des muscles dilatateurs (cricoaryténoïdiens postérieurs).

Il y a trois mois, après un traumatisme insignifiant qui ne l'avait pas empêché trois jours après de travailler, apparurent les accidents, des troubles respiratoires et parésie des membres supérieurs et inférieurs droits.

A l'examen laryngoscopique, la muqueuse est normale, les cordes vocales sont presque exactement en position de phonation. Elles sont, en effet, placées sur la ligne médiane, dont elles s'écartent peu au moment de l'inspiration. C'est ce défaut d'écartement pendant l'effort inspiratoire qui caractérise la lésion ; de plus, à chaque effort inspiratoire un peu plus considérable, la fente se resserre et il en résulte une dyspnée intense, due à ce qu'à ce moment les cordes vocales paralysées sont en quelque sorte aspirées par le malade cherchant l'air et cette dépression en dedans et en bas du bord libre de la corde, produit le phénomène du resserrement glottique (André). La respiration est striduleuse avec cornage sonore caractéristique des dilatateurs.

Au point de vue général, le malade présente de l'exagération des réflexes rotuliens, de l'anesthésie cornéenne, pharyngée et de l'anesthésie cutanée généralisée de la diminution de la force musculaire à droite, cœur et poumons intacts ; pas de ganglions cervicaux ni médiastinaux.

Pour nous, il s'agit d'un cas d'hystéro-traumatisme de paralysie hystérique des dilatateurs.

Malgré la cause de l'affection le pronostic est grave et nécessitera la trachéotomie.

M. **Charmeil** rappelle la genèse des accidents, insiste sur l'image laryngoscopique obtenue chez ce malade, et sur le type respiratoire inverse, à savoir le resserrement glottique inspiratoire.

M. **Ingelrans** signale toute l'importance de la période de méditation qui a duré ici plusieurs jours après l'accident avant l'éclosion des troubles. C'est la signature même de l'hystérie. M. Ingelrans a vu cette période de méditation après des traumatismes très importants suivis d'accidents hystériques eux-même excessifs et qui auraient pu en imposer pour des lésions organiques ; si cette période intermédiaire n'eut suffi à indiquer leur nature.

Ostéomyélite fémorale subaiguë simulant un ostéosarcome de l'extrémité supérieure

MM. **Paul Butruille** et **Jean Minet**, internes des Hôpitaux. — Une observation recueillie dans le service de M. le Professeur Folet nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. En effet, l'aspect clinique présenté par le malade avait fait penser à une affection très grave nécessitant une intervention dont on pouvait craindre l'issue fatale. Ce pronostic sombre se dissipa après une incision exploratrice qui devint le premier temps de l'intervention curative.

Il s'agissait d'un malade âge de 18 ans, mineur de son métier, entré le 25 octobre 1905, dans le service de M. le professeur Folet, pour une tuméfaction de la cuisse droite.

Il dit avoir commencé à souffrir de son membre environ trois mois auparavant. Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Lui-même n'a jamais été malade, et n'a point fait les habituelles « maladies de l'enfance » (rougeole, scarlatine, fièvre de croissance, etc...)

Donc, *trois mois* avant son entrée à l'hôpital, le malade a commencé à ressentir des douleurs dans la cuisse droite ; ces douleurs étaient brusques, vives, durant deux ou trois minutes, venant à intervalles très irréguliers, et aussi fréquentes le jour que la nuit. Ni le repos, ni l'immobilisation n'eurent d'effet sur leur fréquence et sur leur intensité. En outre, ces douleurs n'ont jamais gêné le fonctionne-

ment de l'articulation de la hanche, bien qu'elles fussent localisées à son voisinage et dans tout le tiers supérieur de la cuisse. D'après les dires du malade, dès le début même des douleurs, la cuisse droite s'est tuméfiée dans toute sa hauteur; cette tuméfaction, qui s'étendait depuis le pli de l'aine jusqu'aux condyles fémoraux, aurait persisté pendant environ un mois, puis aurait diminué progressivement et aurait fini par se localiser à la partie supérieure du membre. Le jeune homme dit avoir maigri beaucoup, et pâli également. *Il n'a jamais eu de fièvre.*

A son entrée à l'hôpital, il est en effet fort pâle, semble fatigué et anémié. Il dit tousser de temps en temps, mais l'auscultation du poumon reste négative. Localement, la cuisse apparaît tuméfiée dans la région épiphysaire supérieure; la tuméfaction est régulière, très dure, et semble faire corps avec l'os. Pas de modification de la peau; pas de rougeur ni de chaleur locale. On trouve, dans le pli de l'aine, trois ou quatre ganglions, gros comme des noisettes, mobiles et indolores, mais les *douleurs spontanées* persistent avec les mêmes caractères qu'avant l'entrée du malade à l'hôpital. La température oscille autour de 36°8. Les mouvements de l'articulation de la hanche sont absolument libres.

Le malade est examiné aux rayons X par M. le professeur Charmeil, qui a bien voulu nous fournir la radiographie. Cette épreuve donne peu de renseignements sur la nature exacte de la lésion et laisse toujours le diagnostic hésitant. Les contours de l'os, au niveau de la région juxta-épiphysaire, ne sont pas très nets, une zone plus sombre déborde l'os près du petit trochanter et à la face externe du fémur sous le *grand trochanter*.

Le diagnostic hésitant toujours entre un ostéosarcome et une ostéomyélite subaiguë, M. le professeur Folet décide de pratiquer une biopsie, en vue d'un examen histologique avant de proposer au malade une désarticulation de la hanche, seule opération rationnelle si l'on a affaire à un ostéosarcome. Une incision de 5 centimètres de longueur est faite à la partie supéro-externe de la cuisse, par MM. Folet et J. Colle. Ils arrivent très vite sur du tissu dur, lardacé, ressemblant à s'y méprendre à du tissu sarcomateux. Ils en prélèvent une parcelle et referment la plaie à l'aide de quelques griffes de Michel.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Curtis, n'est guère plus concluant que la radiographie. Les coupes examinées contenaient du tissu musculaire infiltré de tissu fibreux et quelques cellules mucoïdes, sans aucun élément caractéristique d'une tumeur sarcomateuse. L'interprétation la plus vraisemblable, étant celle d'une zone de tissu de réaction, autour d'un foyer central de nature inconnue, M. Curtis demande, pour se prononcer de façon formelle, qu'on lui procure une nouvelle parcelle de la tumeur prise plus profondément.

Une deuxième biopsie est donc pratiquée; M. Colle, aidé de M. Minet, interne du service, pratique une seconde incision, à quelques centimètres en arrière de la cicatrice de la première. On pénètre dans la tumeur, jusqu'à l'os; et on a alors l'agréable surprise de trouver au niveau du petit trochanter un petit orifice conduisant dans une cavité où le doigt peut sentir des fragments d'os mobiles. L'orifice osseux agrandi permet de retirer cinq ou six esquilles tout à fait libres, logées dans une cavité grande comme une grosse noix, sans la moindre trace de pus. Les parois de la cavité sont grattées énergiquement à la curette. Puis on referme, en laissant un gros drain jusque dans la cavité osseuse.

Les suites opératoires sont très simples. La température, le 4e jour, monte à 38°3 et se maintient autour de 38 pendant 4 jours, pour retomber alors à 37 et ne plus dépasser ce chiffre. Le premier pansement, fait le 3e jour, contient du sang et un peu de pus. On retire le drain, et on introduit jusqu'à l'os une mèche de gaze iodoformée. Après un deuxième pansement, quelques esquilles s'éliminent spontanément. Au troisième pansement, c'est-à-dire environ dix jours après la deuxième opération, le stylet n'arrive plus sur l'os, qui semble complètement recouvert. Le malade sort le 19 décembre 1905 : la plaie ne suppure plus et est presque complètement cicatrisée.

Un deuxième examen anatomo-pathologique, pratiqué par M. le professeur Curtis, sur les fragments de tissu fongueux enlevés autour de l'os et dans la cavité même, montre que l'on a affaire à des fragments de tissu médullaire, sclérosé par places et renfermant des traînées de médullocèles et des cellules adipeuses, sans trace aucune des lésions tuberculeuses ni de structure sarcomateuse. Les esquilles sont bien, d'après M. Curtis, d'origine ostéomyélitique.

L'absence de fièvre et le peu de douleur provoquée au niveau de la tuméfaction fémorale n'étaient pas de nature à faire penser à l'ostéomyélite. Aussi, avait-on posé le diagnostic de sarcome du fémur que l'amaigrissement rapide de notre malade semblait bien justifier.

Nous sommes heureux pour lui que l'examen histologique nous ait montré notre erreur.

Kyste du ligament large droit coexistant avec des lésions inflammatoires chroniques des annexes et de l'utérus. — Hystérectomie abdominale subtotale et ablation des annexes.

M. Leroy. — La pièce que je présente provient d'une femme à laquelle j'ai pratiqué ce matin même, avec la collaboration de M. le docteur Drucbert, une hystérectomie abdominale avec ablation des annexes.

La malade, aujourd'hui âgée de trente-trois ans, eut, il y a neuf ans, un accouchement à terme suivi de rétention placentaire. Depuis cette époque sa vie génitale fut pro-

fondément troublée. Elle fit cinq pertes de trois à sept mois, présenta une leucorrhée abondante et persistante, et ne cessa d'éprouver dans le bas-ventre, de chaque côté de la ligne médiane, et notamment à droite, des douleurs intolérables qui la rendaient inapte à toute occupation.

Un curettage pratiqué il y a cinq mois n'amena aucun soulagement. Continuant à souffrir malgré des pansements réguliers, elle sollicita son admission dans le service.

A son entrée, l'utérus était gros, douloureux et presque fixe. Toute tentative de mobilisation déterminait de vives douleurs. Dans le cul-de-sac latéral gauche on sentait nettement la trompe qui présentait le volume d'un doigt, ainsi que l'ovaire, également augmenté de volume et très sensible.

Le cul-de-sac latéral droit était distendu par une tuméfaction du volume d'une petite pomme, arrondie, rénitente et douloureuse, qui fut prise pour une trompe kystique.

L'opération proposée fut acceptée. Elle permit tout d'abord de constater que la tuméfaction perçue à droite était, non pas une trompe dilatée, mais un petit kyste du ligament large.

L'utérus, les annexes et le kyste furent enlevés en un temps.

Vous pouvez constater, sur la pièce que je vous présente, que tous ces organes sont plus ou moins altérés.

L'utérus est gros, atteint de métrite parenchymateuse.

Les deux ovaires, chroniquement enflammés, sont fortement sclérosés. La trompe gauche est tuméfiée et atteinte de salpingite ; à droite, la trompe paraît saine mais semble étirée par le kyste sous-jacent et porte en outre à sa surface toute une série de petits kystes translucides.

Dans le ligament large droit on voit par transparence l'organe de Rosenmüller dont la partie externe se confond avec le kyste, lequel semble dès lors s'être développé aux dépens de cet organe.

M. **Oui** est peu partisan de la castration totale dans des cas semblables. L'ablation de la trompe et de l'ovaire gauches s'imposaient ; mais en enlevant, à droite, seulement le kyste du ligament large, on eût pu laisser à cette femme son utérus, sa trompe droite et son ovaire droit, pour lequel l'ignipuncture ou la résection partielle eût suffi. On aurait, ainsi, évité de stérilité cette femme. Dans un cas analogue où il a tenu cette conduite, M. Oui a eu la satisfaction de voir survenir chez son opérée une grossesse qui a évolué jusqu'à terme et a donné un bel enfant.

M. **Drucbert** insiste sur les antécédents morbides génitaux de l'opérée et sur la situation sociale de la malade qui rendait impossible un traitement conservateur plus prolongé. M. Drucbert a curetté la malade et l'a maintenue au repos au lit sans obtenir une sédation des accidents douloureux.

M. **Le Fort** dit que la tendance actuelle est radicale. Il cite l'opinion de MM. Delbet et Routier.

M. **Potel** adopte l'opinion de M. Oui.

M. **Leroy** pense que les indications varient avec les cas et qu'il n'est pas possible d'adopter une règle de conduite uniforme.

Exostose post-traumatique

MM. **Gaudier** et **Bernard**, interne, présentent des radiographies provenant d'une malade âgée de 15 ans qui avait fait, il y a un an, une chute sur le coude. Elle aurait même eu, d'après ses dires, une luxation du coude qu'un médecin aurait réduite : les renseignements confirmatifs manquent.

Mais peu à peu, à partir de ce temps, les mouvements de flexion et de rotation de l'avant-bras devinrent de plus en plus limités et douloureux et quand il nous fut donné de voir la malade, les mouvements de flexion étaient à peine marqués, et la position de flexion maxima est représentée par la radiographie n° 1.

On sentait à la palpation une masse dure, occupant la partie antérieure de la région du pli du coude, qui faisait obstacle à la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Les radiographies prises par le Dr Bédart nous montrent en effet, partant de la partie supérieure du radius et occupant tout l'angle cubito-radial une néoformation de tissu osseux, de différente densité, dure et compacte dans la région de la tête du radius, spongieuse dans la partie supérieure et jusqu'au niveau du tiers inférieur de l'humérus.

L'articulation du coude paraît intacte : seule l'apophyse coronoïde du cubitus est un peu allongée.

Il s'agissait là évidemment d'une prolifération considérable périostée, survenue à la suite du traumatisme qui, occupant tout l'angle de flexion de l'avant-bras, en empêchait les mouvements.

On ne pouvait hésiter ici, en présence de la radiographie, qu'entre cette prolifération du tissu osseux et un ostéosarcome. Mais le membre n'était pour ainsi dire pas augmenté de volume. La masse perçue à la palpation et à la radiographie n'occupait que la région antérieure, tandis que dans l'ostéosarcome on n'observe qu'une disposition du néoplasme, en manchon, entourant l'os sur toutes ses faces ; en outre, dans l'ostéosarcome, les contours de la tumeur apparaissent à la radiographie arrondis et nettement limités, tandis que dans notre cas ils étaient plus flottants et plus irréguliers.

Une radiographie d'ostéosarcome du genou, provenant du service de M. le professeur Folet et due à l'obligeance de M. le professeur Charmeil, nous montre bien l'aspect des lésions dans cette affection et nous permet d'écarter ce diagnostic.

Par une incision externe à la partie supérieure de l'avant-bras, M. Gaudier pénétra jusqu'à l'insertion sur la

tête du radius, qu'il sectionna. Comme le montre très bien la radiographie, l'os en cette région était éburné et se laissait difficilement entamer par la gouge et le maillet.

On put ainsi, un peu à la fois, par morcellement, extraire toute la portion osseuse hypertrophiée, et dès lors les mouvements de flexion devinrent possibles et l'avant-bras fut placé dans le maximum de flexion. Actuellement la malade va très bien et sera ultérieurement présentée pour montrer les résultats vraiment satisfaisants.

En vérité, les exostoses observées à la suite de traumatisme osseux ne sont point rares, mais elles atteignent rarement un tel développement et dans notre cas il faut supporter qu'il y a eu un arrachement périostique considérable, et peut-être une prédisposition à faire de l'os.

Utérus sénile en prolapsus

M. **Drucbert** présente un utérus enlevé par hystérectomie vaginale chez une femme de soixante-sept ans. Cette malade, qui avait eu seulement deux accouchements, à l'âge de vingt-deux et de vingt-six ans, avait un prolapsus utérin depuis l'âge de quarante et un ans. Il y a treize ans elle cessa de pouvoir porter des pessaires, et utérus et vagin sortirent complètement de la vulve.

La malade présentait au niveau du col utérin une ulcération douloureuse, aussi demandait-elle qu'on la débarrassât de son infirmité. M. Drucbert fit l'hystérectomie vaginale après ablation des parois antérieure et postérieure du vagin ; il ne fut pas laissé de pinces à demeure, les pédicules furent liés, mais ce temps fut particulièrement difficile, car pièces en main il s'agit beaucoup plus d'un énorme allongement du col ; la cavité utérine avait dix-huit centimètres et les ligaments larges étaient situés profondément dans le vagin ; l'utérus n'avait plus que le volume du petit doigt ce qui faisait contraste avec le col œdémateux et ulcéré beaucoup plus volumineux. L'opération fut terminée par une périnéoraphie ; la malade guérit sans complications.

NOUVELLES & INFORMATIONS

A l'occasion du **XVe Congrès international de Médecine**, qui se tiendra à Lisbonne, du 19 au 26 avril 1906, la Compagnie *Orient-Pacific Line* organise une croisière sur le bateau *Ophir*, à laquelle pourront participer les médecins français, qui se rendront à Lisbonne.

Le bateau quittera Londres le 12 avril et s'arrêtera le vendredi 13 avril, à sept heures du matin, à Cherbourg, où pourront s'embarquer les médecins français, qui prendront part à la croisière. De Cherbourg, l'*Ophir* fera escale à Vigo, Tanger, Gibraltar et arrivera à Lisbonne le mercredi 18. Pendant la durée du Congrès, le bateau stationnera à quai à Lisbonne et les passagers continueront à y loger et à y prendre leurs repas.

Le Congrès fini, l'*Ophir* quittera Lisbonne le 24 avril au soir et, après un arrêt à Oporto, débarquera les médecins français à Cherbourg le samedi 28, à midi.

Le prix de la croisière, comprenant la nourriture à bord pendant le voyage et pendant les escales et le sejour à Lisbonne, est de 370 à 900 francs, suivant la position de la cabine occupée.

On peut retenir des cabines : à l'Agence Cook (1, place de l'Opéra, à Paris) ; à Marseille, chez M. Worms, 16, place Beauvais ; à Bordeaux, chez M. Henry Danis, 6, quai Louis XVIII.

Une autre Compagnie anglaise, *Travel-Bureau*, organise une autre croisière, avec départ de Liverpool et arrêt au Hâvre pour embarquer les Congressistes français. Prix du billet Liverpool-Lisbonne et retour : 290 francs.

Pour retenir les cabines, s'adresser à *The Travel-Bureau* 9, B. Banks. Cookspen Street, 26, Londres.

— Le succès du **Congrès international d'hygiène scolaire** tenu à Nuremberg en 1904, a fait décider qu'on organiserait tous les trois ans pareille réunion. La prochaine aura lieu à Londres, du 5 au 10 août 1907. Etant donné, d'une part, la façon dont les Anglais savent recevoir, et, d'autre part, la notoriété de sir Lauder Brunton, président de ce Congrès, sa réussite est d'ores et déjà assurée.

Le Comité anglais d'organisation est ainsi composé : président : sir Edward Brabrook. Trésorier : Sir Richard Biddulph Martin. Secrétaires généraux : MM. James Kerr et E. White Wallis. Bureaux : Parkes Museum, Margaret str. W.

Le premier soin du bureau a été de solliciter la création de comités nationaux étrangers. Le Comité français est ainsi formé d'un Comité de patronage, dont le président d'honneur est M. Bienvenu-Martin, ministre de l'Instruction publique, et d'un Comité central d'action, dont sont président : M. le docteur Albert Mathieu, président de la Ligue des Médecins et des Familles, pour l'hygiène scolaire. Vice-présidents : MM. X. Léon, directeur de la *Revue de métaphysique et de morale* ; Boufier, professeur au collège Rollin. Membres : MM. Crérange, Normand et Malapert, professeurs à l'Université ; Gory, docteur ès-lettres, chef d'institution ; les docteurs Le Gendre, Méry, A. Siredey et Mosny, médecins des hôpitaux de Paris ; le docteur Blondel, chef de l'Office des renseignements de la Sorbonne ; le docteur Galtier-Boissière, du Musée pédagogique ; le docteur Granjux, secrétaire général du Syndicat de la presse médicale ; le docteur L. Gourichon, président de la Société des médecins inspecteurs des écoles de le ville de Paris. Secrétaire général, M. le docteur Dinet, 11 *bis*, rue Cernuchi, Trésorier : M. le docteur J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. P.-J.-M. Le Jariel, de Bourgneuf-la-Forêt (Mayenne), a soutenu avec succès, le 17 janvier 1906, sa thèse de doctorat (n° 12) intitulée : **Les causes de la mort dans les brûlures graves et étendues et des injections massives d'eau salée comme moyen thérapeutique.**

M. J.-A. Brabant, de Somain (Nord), a soutenu avec succès, le jeudi 18 janvier 1906, sa thèse de doctorat (n° 13), intitulée : **Contribution à l'étude des cancers du cœur.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Renou, de Saumur, membre correspondant de l'Académie; Dupont, de Laroche (Haute-Savoie); Delarue, député de l'Allier; Benoit, ancien maire de Privas (Ardèche).

AVIS A NOS LECTEURS

Nous nous faisons un plaisir d'aviser nos nombreux lecteurs qu'ils pourront compléter leur bibliothèque à bon compte. Une très importante bibliothèque est actuellement à vendre. On nous annonce en effet que l'Institut de bibliographie, 93, boulevard Saint-Germain, à Paris, qui fut fondé il y a près de quinze ans par le Dr M. Baudouin, met en vente ses nombreuses collections d'ouvrages médicaux et scientifiques. La Bibliothèque de l'Institut de Bibliographie contient près de 30.000 volumes, environ 8.000 thèses de Paris, la Province et l'Etranger et plus de 1.200 revues ou périodiques français ou étrangers. Tous les principaux auteurs français, allemands, anglais, italiens, espagnols, etc., etc., y sont représentés ; toutes les principales revues et le plus grand nombre des périodiques médicaux, français et étrangers, y sont catalogués. On y trouve même quantité d'ouvrages et travaux épuisés en librairie et qu'il est très difficile de trouver ailleurs.

Avant d'acheter un livre, une brochure, une thèse, ou de compléter leurs collections, nous engageons tous nos confrères et amis lecteurs à s'adresser au Liquidateur de l'Institut de Bibliographie, 93, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

1re et 2e Semaine du 31 décembre 1905 au 13 janvier 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	12	3
3 mois à un an	10	7
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	3	3
5 à 20 ans	1	9
20 à 60 ans	33	22
60 ans et au-dessus	37	39
Total	98	87

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Érysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	2
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	5	»	»	4	»	»
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	1	3	1	»	1
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	4	1	3
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Total	»	»	1	»	»	18	2	7	14	1	7

Répartition des décès par quartier	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 2 ans	Diarrhée et entérite de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	9	17	15
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	2	4	1	3	»	»	»	»	»	»	7	20	21
Moulins, 24,947 hab.	2	1	»	1	1	»	»	»	»	»	3	12	36
Wazemmes, 36,782 hab.	»	4	»	1	3	»	»	»	1	»	6	24	43
Vauban, 20,381 hab.	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	7	14	19
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	2	5	1	3	4	»	»	»	2	»	12	38	13
Esquermes 11,381 hab.	»	»	1	2	»	»	»	1	»	»	4	11	11
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	4	8	9
Fives, 24,191 hab.	2	1	»	2	1	»	»	»	»	»	5	23	21
Canteleu, 2,836 hab.	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	4	3
Sud, 5,908 hab.	»	1	»	»	3	»	»	»	»	»	2	7	13
Total	10	19	5	15	13	»	»	2	3	»	60	178	204

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 472. Dixième Année. N° 4 Le Numéro : 10 centimes 28 Janvier 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Pancréas envisagé comme organe à sécrétion interne [1]

par le Professeur **E. Laguesse**

Messieurs,

Il y a dans le pancréas deux choses différentes, deux organes intriqués : l'un que l'on connaît depuis un certain temps déjà et que nous pouvons appeler la *glande exocrine,* c'est-à-dire la glande à sécrétion externe, celle qui fabrique et livre le suc pancréatique déversé dans l'intestin, avec son triple ferment digestif, — l'autre, encore à l'étude, est l'ensemble de ce que j'ai nommé : *les îlots de Langerhans,* celle que je désigne encore d'un mot sous le nom de *glande endocrine,* parce que je la crois spécialement destinée à fournir la sécrétion interne versée dans le sang.

La glande exocrine. — Avant d'arriver à la seconde, qui nous intéressera surtout, il est nécessaire de rappeler en quelques mots la structure de la première.

(1) Conférence faite le 12 janvier 1906 à la *Société de médecine du Nord.*

Le pancréas est une *glande en grappe composée,* à la façon des salivaires, et confondue d'abord avec elles en une description commune. Il y a deux émissaires anastomosés, d'où part une ramification arborescente de *canaux excréteurs.* Ceux-ci portent de nombreuses *cavités sécrétantes* ou *acini,* dont la forme n'a rien de caractéristique ; elle est variable chez des espèces différentes. Par exemple, ce sont des tubes ramifiés et anastomosés chez les poissons osseux ; les acini sont très courts au contraire, le plus souvent arrondis ou même hémisphériques, chez l'homme. Les différences avec les salivaires ont été établies surtout par Langerhans. C'est d'abord l'existence d'une double couche cellulaire : — une externe formée de cellules *principales,* ou cellules *pancréatiques* par excellence, grosses, pourvues de deux zones séparées par le noyau, l'apicale remplie de grains de zymogène : — une assise interne constituée par les centro-acineuses.

Sur celles-ci un débat s'est élevé. Plusieurs auteurs, Renaut notamment, les ont crues un moment de nature conjonctive, bien que Langerhans, qui les a découvertes, ait affirmé tout d'abord leur nature épithéliale.

La confusion est possible surtout grâce à la discontinuité fréquente de l'assise qu'elles constituent, et à leur forme allongée chez les animaux d'abord étudiés : lapin, puis chien, etc. La question est définitivement tranchée par l'étude du développement. J'ai

montré chez la truite, chez le mouton, que la cavité sécrétante a dès l'origine deux assises de cellules d'abord semblables, qui peu à peu se différencient ; les cellules internes restent petites et généralement s'aplatissent pour constituer les centro-acineuses ; les cellules externes grossissent considérablement, prennent le gros nucléole et les grains caractéristiques, pour devenir cellules principales. Chez le mouton, à ces *centro-acineuses primitives*, différenciées sur place, s'ajoute l'extrémité du canal excréteur qui se glisse quelque peu dans l'acinus pour venir les rejoindre et constituer des *centro-acineuses secondaires*. Les centro-acineuses sont donc en quelque sorte la continuation des voies d'excrétion à l'intérieur de la cavité sécrétante. Le fait est de toute netteté chez l'homme, plus encore chez les reptiles, où M. RENAUT lui-même, abandonnant son ancienne théorie, a reconnu depuis 1903 la nature franchement épithéliale de ces éléments. Il ne garde de son ancienne conception que ceci : c'est que, souvent au moins, elles sont en continuité, elles sont insérées sur des replis de la membrane propre et du tissu conjonctif. A part le nom, c'est-à-dire la signification exacte intra ou extra-épithéliale à attribuer à ces replis, et leur plus ou moins de constance, nous sommes donc d'accord aujourd'hui.

LA GLANDE ENDOCRINE. — C'est en 1869 que LANGERHANS, chez divers animaux, chez le lapin surtout, remarqua la présence des îlots qui portent aujourd'hui son nom, et qu'il appela simplement *amas cellulaires*. Il montra ces amas spéciaux, isolés çà et là entre les acini, formés de cellules polygonales plus petites et plus claires, serrées l'une contre l'autre, constituant des groupes pleins. Il n'osa leur attribuer un rôle. Les ayant vus au contact de certains ganglions nerveux, il se demanda seulement si ces amas n'auraient pas quelques rapports avec le système nerveux.

Ces formations parurent sans importance ; on les oublia d'abord. RENAUT les retrouva en 1879, et les appela « points folliculaires. » Pour lui, ils sont formés de *cellules épithéliales* en continuité avec celles du reste de la glande. Mais le pancréas entier est constitué non d'acini mais de pseudo-acini, c'est-à-dire de cordons épithéliaux souvent pleins, non-seulement entourés, mais profondément remaniés et découpés par le tissu conjonctif ; les centro-acineuses notamment ne sont que des files d'élément pénétrant de ce tissu. Le pancréas entier est un organe constitué de tissu réticulé, comme le ganglion lymphatique, mais où des cellules épithéliales remplaceraient dans les mailles les leucocytes : c'est un *organe lympho-glandulaire*. Les points folliculaires forment des sortes de centres autour desquels rayonnent les cordons. Cette conception originale nous semble aujourd'hui bien moins singulière qu'elle ne le parut tout d'abord. Décrire ainsi le pancréas, c'était pressentir sa sécrétion interne, bien avant que les travaux de BROWN-SÉQUARD n'eussent amené à l'étude de ces sécrétions. RENAUT était un précurseur, mais il venait trop tôt, et n'avait pu donner à sa pensée une forme assez précise, et assez adéquate à l'ensemble des faits.

KÜHNE et LEA de leur côté, en 1882, étudiaient ces formations et donnaient d'emblée une description magistrale de leur vascularisation spéciale, dont nous parlerons tout à l'heure. Ils les appelaient « amas intertubulaires, » et, sans oser être affirmatifs, ils considéraient comme vraisemblable que ce sont de petits *nodules lymphatiques*.

Cette opinion, le nom de *points folliculaires* donné par RENAUT, et rappelant de trop près les follicules clos, sa description mal comprise (puisqu'il insistait dans sa note sur ce fait que leurs cellules sont épithéliales), aiguillèrent les esprits vers cette conception simple qui se répandit rapidement : les amas cellulaires en question sont sans importance ; ce sont des sortes de *follicules clos*. Et la plupart des auteurs les considèrent ainsi. Cela eut une influence désastreuse sur les progrès de la question. Ainsi, LEMOINE et LANNOIS en 1891, étudiant les lésions du pancréas dans le diabète, passèrent à côté d'une des observations les plus importantes en négligeant l'étude de ces organites, qu'ils signalent simplement sous le nom de *points lymphatiques* (bien qu'ils aient pu y noter quelques variations).

Il faut ajouter pourtant que LEWASCHEW (1886) avait franchement affirmé la nature épithéliale des îlots. Il décrivait des formes de transition entre eux et les acini. C'étaient eux-mêmes des acini modifiés, épuisés après une longue sécrétion, et vraisemblablement destinés, après repos, à se régénérer et à reprendre leur forme première. DOGIEL (1893) acceptait la première partie de l'hypothèse, mais rejetait toute idée de régénération : c'étaient pour lui des acini épuisés destinés à disparaître.

Ces vues étaient d'ailleurs fort peu admises, et la plupart des auteurs restaient attachés à la conception

des ilots simples follicules clos. Tel était l'état de la question en 1893, quand j'ai commencé à m'en occuper.

Mais une autre question qui n'y semblait d'abord aucunement liée, avait fait un grand pas. Les *physiologistes* avaient découvert et étudié la *sécrétion interne du pancréas*.

En 1889 von MERING et MINKOWSKI montrèrent que l'extirpation totale du pancréas chez le chien amène, outre les troubles digestifs, un diabète sucré immédiat et intense auquel succombe rapidement l'animal. Un fragment de la glande conservé, fût-ce tout à l'extrémité de la queue, sans connexion avec le duodénum, suffit à en préserver l'animal. Ils en conclurent que le diabète est dû, non à la suppression de la sécrétion du suc, mais à la *suppression d'une fonction jusqu'alors inconnue du pancréas s'exerçant par ses connexions vasculaires*. C'était dire que cette fonction doit être une *sécrétion interne*.

Mais R. LÉPINE, de Lyon, revendique l'honneur d'avoir le premier précisé, et prononcé le mot de *sécrétion interne du pancréas*, en 1891. Il faut se rappeler que c'est seulement en juin 1889 que BROWN-SÉQUARD publiait ses premières recherches sur l'action du suc testiculaire, et formulait la théorie générale de la *sécrétion interne* des glandes.

Pourtant on pouvait encore attribuer le diabète, dans le cas d'extirpation, à des lésions du voisinage, et notamment à celles des plexus solaires. C'est ce que firent d'abord LANCEREAUX et THIROLOIX.

Von MERING et MINKOWSKI y répondirent en greffant préalablement une portion du pancréas sous la peau, et montrèrent que ce fragment greffé, seul, suffit à préserver l'animal du diabète, tandis que son ablation l'amène.

HÉDON, de Montpellier, donna en 1892 à cette expérience cruciale sa forme définitive et très élégante. Le pancréas du chien ressemble à une équerre ; de la tête se détache une portion descendante très longue qui reçoit à son extrémité, libre dans le mésentère, des vaisseaux spéciaux, peut donc être facilement libérée et séparée du reste de l'organe tout en conservant ses connexions vasculaires. HÉDON la greffe sous la peau de l'abdomen, en conservant ce pédicule vasculo-nerveux. Il ne le sectionne que lorsqu'une circulation locale nouvelle s'est développée. Au cours de la première opération, il lie le canal pancréatique et y injecte de la paraffine pour scléroser l'organe. Il peut alors, une quinzaine de jours après, l'enlever en son entier. De tout le pancréas la greffe seule persiste. Or, si quelque temps après on extirpe celle-ci par une simple opération sous-cutanée extra-abdominale, et sans lésions du voisinage possibles, alors, et alors seulement, s'établit le diabète grave qui entraîne rapidement la mort de l'animal. *Le diabète expérimental est donc dû uniquement à la suppression d'une sécrétion interne versée dans le sang.*

Vers la même époque d'autres auteurs renouvelèrent l'expérience, THIROLOIX et GLEY les premiers. GLEY arriva aux mêmes résultats en liant les veines du pancréas. CHAUVEAU et KAUFMANN étudièrent les conditions de l'expérience et le mécanisme de la production du diabète.

Les données physiologiques nouvelles expliquaient d'ailleurs des données pathologiques plus anciennes. Depuis longtemps, BOUCHARDAT (1846-1851), LANCEREAUX (1877), BAUMEL (1881-1889), d'autres encore, avaient attiré l'attention sur l'existence de lésions fréquentes du pancréas dans le diabète. Et, en 1877 notamment, mon maître LANCEREAUX (dont je fus l'externe vers 1884), croyait pouvoir démontrer l'existence d'une forme particulière de diabète à marche rapide, qu'il appelait *diabète maigre* à cause de l'amaigrissement rapide des sujets, ou *diabète pancréatique* parce qu'il le trouvait toujours accompagné de *lésions de cet organe*. Avec l'existence d'une sécrétion interne dans le pancréas, tout s'expliquait : les lésions amoindrissaient ou supprimaient cette sécrétion, nécessaire pour empêcher l'accumulation du sucre dans le sang.

Mais personne n'avait localisé cette sécrétion dans telle partie de l'organe plutôt que dans telle autre. R. LÉPINE, pour l'expliquer, admettait simplement la *bipolarité* de la cellule pancréatique des acini, comme on admet celle de la cellule hépatique : le même élément sécréterait directement et simultanément, par sommet dans la lumière, et par sa base dans le vaisseau.

ANATOMIE DES ÎLOTS. — C'est vers cette époque (1893), qu'après avoir étudié différents autres points contestés de la structure du pancréas, les centro-acineuses notamment, la constitution du pancréas chez les poissons osseux, j'arrivais, en sériant les questions, et sans idée préconçue, à cette dernière :

que sont en réalité les énigmatiques amas cellulaires décrits par LANGERHANS ?

Chez le chien, le lapin, l'homme, fragments d'organes de supplicié fournis par M. DEBIERRE, presque d'emblée une chose me frappa : d'une part, ces formations étaient bien réellement constituées de cellules épithéliales et non d'amas leucocytaires ; d'autre part la disposition de ces cellules, celle des vaisseaux, étaient les mêmes que dans les capsules surrénales, la pituitaire. Les amas que j'appelais provisoirement d'un nom nouveau : *les îlots de* LANGERHANS (pour éviter les interprétations erronées auxquelles avait donné lieu les noms de points folliculaires, pseudo-follicules, etc...), ces amas avaient la *structure de véritables petites glandes vasculaires sanguines.*

Sur ces entrefaites, le matériel venant à me manquer chez l'homme adulte, je prenais du nouveau-né (obtenu grâce à l'obligeance de M. GAULARD), et je restais stupéfait de l'extension considérable des îlots à cette époque de la vie, extension plus considérable encore chez le fœtus. Cela affirmait leur importance. Il était indiqué dès lors de les étudier à ces premiers stades, puisqu'ils étaient mieux développés; et d'ailleurs cela était d'accord avec le principe qui a toujours guidé mes travaux : c'est qu'il faut chercher dans le développement, et particulièrement dans l'histogénèse, la solution des problèmes de morphologie et de physiologie. Assister à l'édification et à la mise en train d'un organe, rien n'est meilleur pour aider à comprendre son fonctionnement.

Je suivis donc l'histogénèse du pancréas, et particulièrement des îlots, chez le fœtus de mouton, et voici le tableau que j'ai pu établir pour résumer les stades de ce développement.

Des deux diverticules primitifs creux partent d'abord des cordons pleins anastomosés : *cordons variqueux primitifs*. Ces cordons se creusent ensuite pour devenir des tubes creux : *tubes pancréatiques primitifs*, qui vont se ramifiant de plus en plus. Mais ce sont encore des tubes indifférents. C'est sur eux qu'on voit, sur des embryons déjà longs de 6 à 10 centimètres, bourgeonner les *premiers acini*, arrondis ou hémisphériques, où apparaissent de suite les grains de zymogène.

Les îlots de LANGERHANS naissent en deux temps. Une première génération *(îlots primaires)*, apparaît avant la formation des acini, sous forme de bourgeons pleins formés de cellules spéciales, sur les tubes pancréatiques primitifs. Ces bourgeons se soudent entre eux pour former d'énormes îlots composés, dont quelques-uns sont envahis par les hématies.

Puis, quand les acinis sont formés, quand le reste des tubes primitifs a été employé pour constituer l'arbre des canaux excréteurs, *d'autres îlots*, que nous appellerons *secondaires*, naissent directement aux dépens des acini qui perdent leurs grains de zymogène, et se transforment en masses pleines d'aspect tout à fait particulier. RENAUT, KUSTER, PEARCE ont confirmé chez l'homme les points essentiels de ce développement.

Par l'histogénèse la nature épithéliale des îlots est donc définitivement démontrée Ajoutons que dès l'origine, les rapports avec les vaisseaux, la façon de se comporter des cellules sont telles, que le caractère de *glande vasculaire sanguine* me sembla être de toute évidence; aussi, dès 1893, je n'hésitai pas à baptiser ces îlots du nom *d'endocrines*, et à y localiser la sécrétion interne du pancréas étudiée par les physiologistes, c'est-à dire cette sécrétion qui a une influence si capitale sur les transformations du sucre dans l'organisme

Pour en finir avec cet historique j'ajouterai que j'entrepris ensuite de nouveaux travaux sur des groupes divers de vertébrés, travaux qui m'ont permis d'établir dans une certaine mesure l'évolution phylogénitique des îlots à travers la série animale, d'affirmer de plus en plus les idées que j'avais d'abord soutenues, et de transformer mon hypothèse en *théorie ferme*. Mais je dois avouer qu'elle n'eut d'abord aucun succès.

Le physiologiste anglais SCHÆFER, en 1895, soutint sans preuves nouvelles que les îlots devaient être les organites de la sécrétion interne. Mais c'est seulement en 1899 qu'un auteur italien, DIAMARE, sut réveiller l'attention en admettant et modifiant ma théorie. Il développa cette idée, d'abord émise par MASSARI vers la même époque, que les îlots, après s'être développés aux dépens des rameaux de la glande embryonnaire, s'en séparent complètement et deviennent indépendants. D'après lui, chacun d'eux persisterait alors pendant toute la vie, *indépendant et invariable*, comme une *petite glande endocrine*, un *corpuscule épiphélial* (Epithelkörperchen de Kohn), inclus dans le pancréas. L'organe adulte serait ainsi formé de deux glandes intriquées, mais *tout à fait*

distinctes : une glande exocrine, et une glande endocrine.

Cette théorie parut à une époque où les esprits étaient mieux préparés. Elle était plus simple, plus schématique. Elle séduisit quelques auteurs. Et c'est en 1900 que parurent les premiers travaux de Sobolew, et surtout d'Opie, qui la firent passer dans le domaine pathologique, où jusqu'alors on n'avait eu à mentionner que quelques tentatives avortées de Dieckhoff (1894), et de Kasakara (1896).

Mais, avant d'en arriver à la pathologie, prenons rapidement connaissance des îlots tels qu'ils se présentent chez *l'adulte*, et particulièrement chez *l'homme*, d'après l'ensemble des travaux actuels.

L'homme est l'un des mammifères qui possèdent les îlots les plus abondants et les plus gros. On en trouve plusieurs dans chacune des plus petites divisions du parenchyme ou lobulins. Ils sont de taille variée, mais la plupart oscillent de 1 à 2 dixièmes de millimètre de diamètre. Il en est de plus petits ; il en est de géants qui atteignent 1 millimètre. Ils sont assez régulièrement répandus dans le parenchyme entre les acini. Opie a montré qu'ils sont plus abondants au niveau de la queue de l'organe. Mais je puis ajouter que cette loi n'a rien de bien fixe. En moyenne, on trouve, sur les coupes, un îlot par millimètre carré. On comprendra que, vu l'inégalité de répartition en certains points, il faut, dans les numérations, prendre des fragments dans la tête, le corps et la queue. La forme est généralement arrondie ou ovoïde, mais quelquefois irrégulière.

Les îlots tranchent sur le fond des préparations comme des taches claires, moins colorables. Quoi qu'en disent certains auteurs, ils ne sont pas entourés en général d'une véritable capsule, mais simplement d'une membrane propre plus ou moins épaissie.

Ils sont essentiellement constitués par des cordons cellulaires pleins, courts, anastomosés entre eux, de façon à former une masse spongieuse serrée. Les cordons sont chez certains animaux (âne par exemple, ou certains singes) constitués par une seule rangée de cellules. Chez l'homme, il y en a généralement plusieurs. Selon les points, et l'âge de l'îlot, ces cellules sont prismatiques, ou polyédriques à côtés à peu près égaux, à contours bien limités, ou au contraire fusionnées, semble-t-il, par places, en une sorte de syncytium.

Les cellules, à l'inverse de celles des acini, sont pâles, peu colorables, généralement privées de grains réfringents. Elles ont une structure très finement vacuolaire. Chez certains animaux (ophidiens par exemple) chaque vacuole contient un petit grain réfringent, assez semblable aux grains de zymogène, mais plus petit et de réactions un peu différentes. Chez l'homme, on trouve aussi des grains de même nature, mais leur existence paraît très éphémère, et chacun d'eux se transforme en une petite vacuole liquide ou semi-liquide d'aspect gommeux, d'où l'aspect trouble tout particulier qu'ont ces cellules. Le noyau diffère généralement de celui des cellules acineuses par sa membrane plus mince, ses grains de chromatine plus abondants, l'absence du gros nucléole, généralement remplacé par plusieurs petits.

Un autre point très intéressant c'est la disposition des vaisseaux. Les capillaires pénètrent dans l'îlot (souvent aussi l'extrémité d'une artériole, ou plutôt le gros capillaire artériel qui y fait immédiatement suite). Mais, dans l'îlot, les mailles du réseau sont plus serrées, les vaisseaux très élargis, très irréguliers, comme variqueux, et contournés, glomérulés, aspect bien décrit déjà par Kuhne et Lea chez le lapin.

Le tissu conjonctif nous semble réduit à des gaines amorphes plus ou moins épaisses entourant les capillaires. Ceux-ci sont également enlacés par un plexus nerveux excessivement fin, décrit par Gentès et par Pensa, plus riche que celui du parenchyme exocrine.

L'ensemble est tout à fait celui d'une petite glande endocrine. En effet ce sont les capillaires particulièrement gros et abondants qui en forment la charpente ; ils remplissent tous les espaces laissés vides par les cordons pleins. Les cellules de ceux-ci se pressent autour d'eux, sont directement à leur contact. Souvent même elles s'ordonnent radiairement autour d'eux. Dans ce cas le noyau est rejeté loin du vaisseau, et les grains ou vacuoles s'accumulent au contact de ce dernier, jalonnant pour ainsi dire le chemin de la sécrétion.

Physiologie des îlots. — La structure et le développement sont donc d'accord pour nous permettre de localiser dans les îlots la sécrétion interne du pancréas. Chez le fœtus, j'ai observé parfois une véritable fonte des cellules dans les poches sanguines qui se forment dans certains îlots. Chez ce même fœtus, les îlots de nouvelle formation sont gonflés, rebondis, les cellules pleines de matériel de sécrétion ; des îlots

plus anciens, épuisés, sont au contraire flétris, revenus sur eux-mêmes. Où est passé le matériel de sécrétion qui les remplissait, sinon dans les vaisseaux, puisque les îlots n'ont plus de communication avec les canaux excréteurs ?

Néanmoins il était à souhaiter que l'expérimentation vînt au secours de ces observations.

Les premières expériences sont dues à WALTHER SCHULZE et à SSOBOLEW, de 1899 à 1902. Le premier de ces auteurs étrangla d'une ligature des portions de glande et par conséquent leurs canaux chez le cobaye, et observa les phénomènes suivants. Au-delà de la ligature le parenchyme exocrine dégénère plus ou moins complètement, les îlots restent intacts. En d'autres termes, si l'on supprime la sécrétion externe les acini s'atrophient, les îlots persistent. Ce doivent donc être les organes d'une autre fonction, et vraisemblablement de la sécrétion interne.

J'ai renouvelé ici avec mon élève GONTIER DE LA ROCHE, les expériences de SCHULZE chez le cobaye, et nous sommes arrivés aux mêmes résultats. Nous avons mis en évidence quelque chose de plus. Les acini une fois atrophiés, les canaux se dilatent, reprennent le type de tubes pancréatiques primitifs indifférents, sur lesquels bourgeonnent de nouveaux îlots, et aussi des pseudo-acini capables de donner naissance à des îlots.

Mais chez le cobaye, si les résultats sont très nets, ils ne peuvent porter que sur une portion de la glande. Chez le lapin, on peut, comme l'a fait SSOBOLEW, lier le canal à son insertion même sur l'intestin, le détruire assez loin, et empêcher sa reconstitution. Dans ce cas on supprime la fonction externe de la totalité de l'organe, qui s'atrophie, mais les îlots persistent, et cette seule partie persistante suffit à préserver l'animal du diabète, puisque SSOBOLEW a pu conserver pendant plusieurs mois ses lapins sans trouver de sucre dans les urines.

J'ai répété récemment l'expérience en conservant pendant plus de deux ans l'animal opéré, et j'ai obtenu des résultats absolument typiques, me semble-t-il. Le pancréas a disparu. A sa place on trouve une masse de graisse qui a à peu près conservé sa forme. Dans cette masse sont épars de nombreux îlots parfaitement intacts, et semblables à ceux de l'animal sain. En revanche, au bout d'un temps aussi long, nous pouvons dire que la glande exocrine a complètement disparu. En effet ce sont non seulement les acini qui ont été détruits, mais aussi les canaux. Des principaux seulement on retrouve encore les vestiges cicatriciels, sous forme de cordons pleins analogues à ceux qui représentent les vaisseaux ombilicaux chez l'adulte, Les îlots sont groupés surtout autour de ces traînées et des vaisseaux qui les accompagnent. L'animal, opéré à l'âge de 4 mois, n'a pas dépéri au-delà des quinze premiers jours, et est devenu un adulte gras et florissant. Ici donc, très nettement, j'ai pu opérer la dissociation des deux éléments de la glande, supprimer complètement la glande exocrine, laisser l'endocrine, et c'est celle-ci seule qui a pu préserver l'animal du diabète.

Je dois me hâter d'ajouter que les résultats ont été loin d'être aussi nets, qu'ils ont même été contradictoires entre les mains d'autres expérimentateurs, de von HANSEMANN notamment, chez le chien. Mais cela prouve surtout, me semble-t-il, que toutes les espèces ne réagissent pas de même. Chez le chien on est gêné par ce fait que malgré tous les efforts le canal pancréatique se régénère le plus souvent D'autre part, les acini s'atrophient moins facilement. C'est donc un animal où l'expérience est moins facile à réaliser, et qu'il faut laisser de côté provisoirement.

DALE pourtant en 1904, chez le chien, a obtenu des résultats qui se rapprochent de ceux de SCHULZE, de SSOBOLEW, de GONTIER DE LA ROCHE et des nôtres, et il est arrivé à des conclusions analogues.

Le temps nous manque pour parler d'expériences d'un autre genre, moins décisives. Limitons-nous donc aux faits déjà cités, et arrivons à la Pathologie.

PATHOLOGIE DES ILOTS. — Dire que les îlots doivent être les organites spécialement chargés de la sécrétion interne du pancréas précédemment étudiée par les physiologistes, c'était dire qu'ils doivent jouer un rôle dans la pathogénie du diabète. Dans cette hypothèse, la lésion des îlots amènera en effet la diminution puis la suppression de cette sécrétion. Celle-ci étant indispensable pour régler les échanges du sucre dans l'organisme, le sucre s'accumulera dans le sang; il y aura glycémie puis glycosurie persistante. J'ai donc cru dès l'origine que les lésions du pancréas devaient tout particulièrement se localiser sur les îlots, et j'ai essayé de gagner à cette idée plusieurs pathologistes, notamment mon ancien maître, M. LANCEREAUX. Je demandais qu'on examinât avec attention les îlots dans les autopsies de diabétiques, ou qu'on me les envoyât à examiner. Mais les idées

étaient alors orientées dans une tout autre direction, et c'est récemment seulement que j'ai pu convaincre M. LANCEREAUX.

C'est vers 1900, un peu après la publication du travail de DIAMARE, et aussi de mes notes sur les Ophidiens, que ce qu'on appela bientôt *la théorie des îlots* fit son entrée définitive dans le domaine pathologique de trois côtés différents; en Russie avec SSOBOLEW, qui ne donna d'abord qu'une courte note en 1899, aux Etats-Unis avec OPIE en 1900, en France un peu plus tard, en 1901, et indépendamment avec la thèse de GENTES. Depuis, de très nombreux auteurs que je ne puis tous citer, et dont vous trouverez les noms dans la thèse de GELLÉ, se sont occupés de la question; et il existe en Allemagne, dans quelques milieux, en faveur de la *théorie des îlots*, un certain emballement qui a dépassé plus d'une fois la portée des faits observés. Dans le domaine pathologique, les progrès de la question ne peuvent être que très lents pour plusieurs raisons. D'abord elle est très complexe. Ensuite, l'anatomie pathologique microscopique du pancréas date d'hier, et, au point de vue technique, cet organe est un des plus difficiles à fixer convenablement; de plus il s'altère rapidement, et est déjà gâté sur les pièces d'autopsie.

Les premiers résultats, ceux d'OPIE, furent particulièrement nets.

Il étudie, d'une part les cas de *non-diabétiques* présentant une sclérose du pancréas, d'autre part des cas de *diabétiques*.

Dans les *premiers* : la sclérose est *interlobulaire*, les acini sont étouffés par places, les îlots persistent intacts ou sont les derniers à disparaître. C'est le genre de sclérose qu'on observe d'ordinaire après *obstruction du canal* par calculs, tumeurs, compression quelconque. Elle n'est pas accompagnée de diabète, parfois de glycosurie légère non-persistante. C'est à rapprocher des expériences de ligature chez les animaux.

Dans les *seconds*, au contraire, diabète. Or, ici, la sclérose est à type *interacineux* diffus, paraît à la fois dans toute l'épaisseur des lobules, dissociant les acini et *atteignant les îlots*, qui sont ou *dissociés* ou *encerclés* et comprimés par elle.

Enfin, dans deux cas de diabète non accompagnés de *sclérose*, il existait une lésion très accentuée, très spécifique, c'est-à-dire, limitée ou à peu près limitée aux îlots : *c'était leur dégénérescence hyaline*.

Depuis, de nombreuses observations anatomo-pathologiques ont été réunies, notamment par SSOBOLEW, GENTES, HERZOG, WEICHSELBAUM et STANGL, WHRIGT et JOSLIN, VON HANSEMANN, LANCEREAUX, THOINOT et DELAMARE, SCHMIDT, SAUERBECK et enfin, ici-même, par CURTIS et GELLÉ. — Actuellement, on compte *137 cas de diabète pancréatique* avec examen histologique, plus ou moins complet, dont *116* ont été réunis dans une grande revue générale de SAUERBECK en 1904, et le reste ajouté dans la thèse récente de GELLÉ, en *1905*.

Mais ces cas donnent des résultats moins nets que les premières observations d'OPIE ne l'auraient fait espérer.

Nous pouvons les répartir en deux groupes :

Les *uns* sont les moins nombreux, il est vrai, mais ont à nos yeux, à ceux de CURTIS et GELLÉ, qui les ont bien mis en évidence, une valeur considérable. Ce sont les cas où les *îlots sont seuls lésés* au milieu du parenchyme resté normal, ou à peu près normal. Nous en trouvons 27. La lésion de l'îlot est variable : sclérose, — dégénérescence hyaline, — dégénérescence graisseuse, — dégénérescence hydropique, — diminution de nombre jusqu'à disparition complète (dans un cas bien étudié par HERZOG).

Voici donc des malades où la seule lésion capable d'expliquer le diabète était une lésion des îlots. Cela nous suffit, je crois, pour conclure que les îlots doivent jouer un rôle capital dans la pathogénie du diabète, et d'autant plus que souvent ces cas appartiennent à la forme dite *diabète maigre*, par LANCEREAUX.

Dans le *second groupe de cas*, nous trouvons quelques contradictions.

Les uns, et c'est le plus grand nombre (65) ont encore des lésions des îlots, mais ont aussi des lésions aussi nettes du parenchyme exocrine. Nous dirons que ces dernières nous importent peu, puisque dans la ligature expérimentale du canal on peut supprimer complètement le parenchyme exocrine sans produire le diabète.

D'autres sont plus gênants, ceux surtout dans lesquels les *îlots sont normaux*, avec ou sans lésion du parenchyme.

Mais beaucoup de ces observations sont déjà anciennes, et remontent à une époque où l'on savait mal reconnaître les lésions des îlots; d'autre part il peut exister des troubles fonctionnels de ces organites, sans lésions apparentes; enfin certaines variétés de diabète, d'origine nerveuse par exemple, doivent être mis hors de cause.

Néanmoins il faut reconnaître que la question est loin d'être complètement élucidée, et cela d'autant moins qu'on a trouvé parfois des lésions assez étendues des îlots dans des cas non accompagnés de glycosurie.

Actuellement le débat existe surtout entre ceux qui rapportent le diabète à une lésion des îlots, et ceux qui, avec von HANSEMANN, le rapportent au contraire à une lésion du parenchyme exocrine. C'est un point qui doit nous intéresser beaucoup, puisque les seconds en profitent pour *dénier aux îlots la sécrétion interne*.

Voyons la valeur de cette objection :

Tous les pathologistes (avant 1905) se basent sur la théorie de la sécrétion interne telle qu'elle a été modifiée par DIAMARE, c'est-à-dire : les îlots sont de petites glandes à sécrétion interne, invariables et indépendantes du parenchyme exocrine, incluses dans ce parenchyme.

Ils se croient donc obligés de raisonner ainsi : Si la *théorie des îlots* est vraie, dans le diabète la *glande endocrine* seule doit être lésée, ou plus lésée que la glande exocrine. Et alors, ils sont très gênés par les cas où le parenchyme l'est davantage. Les uns, comme VON HANSEMANN, rejettent la théorie, les autres, comme SAUERBECK, l'adoptent, mais avec un certain sentiment de gêne.

Or, cette gêne disparaît, si l'on part de ce principe qu'il n'y a *pas opposition essentielle entre les deux parenchymes endocrine et exocrine*, qu'ils ne représentent que *deux stades* dans l'évolution des acini.

C'est la doctrine que j'ai soutenue dès le commencement. En simplifiant, en schématisant ma théorie, DIAMARE l'a rendue plus accessible, mais, selon moi, il l'a gâtée, il l'a éloignée de la réalité.

Dès l'origine, j'ai complété la *théorie de la sécrétion interne des îlots*, par la *théorie du balancement*, dont l'idée première se trouve déjà chez LEWASCHEW. Ce n'est pas une théorie à priori, mais bien plutôt une loi, née logiquement de nombreuses observations, au cours du développement surtout.

Elle consiste en ceci : Chaque acinus, après un certain temps consacré à la sécrétion externe, se transforme en îlot de LANGERHANS, et redevient au bout d'un certain temps acinus, puis est capable de recommencer ce cycle un grand nombre de fois, par une sorte de balancement régulier.

Je m'appuie pour soutenir cette loi sur deux ordres de faits surtout, faits non admis par DIAMARE et la plupart des auteurs.

1° C'est l'existence d'une *continuité* évidente entre les îlots et le *parenchyme exocrine*. En voici des exemples. Chez les Ophidiens d'abord, où le fait est particulièrement net, on voit les cordons pleins des îlots se continuer avec les acini, ou se coiffer à leur extrémité de calottes acineuses qui rappellent les croissants de GIANNUZZI. Ou bien encore on trouve des groupes de cellules endocrines incluses dans un acinus, et inversement des groupes de cellules exocrines incluses dans un îlot, sans interposition d'aucune membrane propre. On observe les mêmes faits chez l'homme. On observe la même continuité des îlots avec les *canaux excréteurs* auxquels ils restent appendus.

2° C'est l'existence de *formes de transition*, de *formes de passage* — entre l'acinus et l'îlot ou *déconstructions d'acini*, — entre l'îlot et l'*acinus*, ou *reconstructions d'acini*.

• Ces formes sont faciles à trouver chez l'homme, bien que relativement peu abondantes.

En voici. Au point où va se développer un îlot, on voit, au contact d'un capillaire (et c'est particulièrement net chez le fœtus), quelques cellules d'un acinus perdre leurs grains de zymogène et changer complètement de caractère. Chez les Ophidiens, le processus est particulièrement net grâce à la présence de grains spéciaux. Le noyau, qui était vers la base, monte vers le sommet ; à la place des grains de zymogène apicaux, apparaissent de petits grains de de sécrétion interne basaux qui s'accumulent au contact du capillaire. Les cellules s'irradient peu à peu autour de celui-ci comme centre. Elles semblent en un mot changer de polarité, tourner le dos à la lumière et s'ordonner autour du capillaire, devenu leur véritable émissaire. Il y a non seulement changement de polarité de la cellule, mais *interversion de l'acinus*.

Voici chez l'homme un exemple d'*acinus interverti*. Le plus souvent, les transformations ont lieu non seulement dans un acinus, mais dans les 2 ou 3 acini qui entourent le capillaire. Quoi qu'il en soit, la transformation commencée en un point gagne en faisant tache d'huile aux dépens des acini voisins, qu'elle attaque peu à peu, et ainsi peut se constituer un vaste îlot.

Les *reconstitutions* ont des aspects un peu différents. Ici ce n'est plus l'extension graduelle. Toutes les parties de l'îlot se modifient d'une façon à peu près simultanée, de sorte que l'ensemble, tout en perdant les

caractères de l'îlot, en conserve encore longtemps la forme et les contours. Peu à peu, les canaux excréteurs, arrêtés au pourtour, y pénètrent et s'y ramifient ; s'il est gros, l'îlot se lobe, se partage en deux ou trois gros acini, qui se morcellent à leur tour. Les cellules reprennent leurs caractères, et les grains de zymogène réapparaissent.

Il résulte de tout ceci que c'est une erreur d'opposer l'un à l'autre parenchyme endocrine et parenchyme exocrine, comme si c'étaient deux éléments étrangers n'ayant de commun qu'une lointaine parenté embryonnaire. Ce sont deux *stades qui se succèdent régulièrement*, vraisemblablement en *quelques semaines ou quelques mois*, peut-être plus vite, dans l'évolution d'un même groupe cellulaire.

Appliquons ces données à l'*anatomie pathologique* et tout s'éclaircira.

Cette application, Messieurs, a été faite ici même, à mes côtés, par mon excellent ami et collègue le professeur Curtis, et par son élève Gellé qui en a fait l'objet de sa thèse. J'ai réussi à les convaincre tous deux de l'existence bien réelle des formes de passage, niées ou mises en doute par la plupart des auteurs, je leur ai appris à les reconnaître, et ils ont ouvert une voie toute nouvelle qui me semble cette fois être la bonne, tandis que l'ancienne ne pouvait conduire au but, partant de prémisses fausses : la doctrine de la pérennité des îlots.

Comme l'ont dit en effet Curtis et Gellé, une altération quelconque de la cellule acinique ou de la trame conjonctive pourra produire une perturbation dans l'évolution normale, gêner la formation ou l'extension des îlots, la reconstitution d'acini aux dépens d'îlots épuisés, retarder l'accomplissement de leur cycle, apporter en un mot des perturbations dans la fonction de sécrétion interne, et, par suite, déterminer le diabète.

Et, de fait, Gellé décrit de nombreuses formes de transition d'aspect anormal, et qui semblent gênées dans leur évolution. Ces formes de transition sont rares en certains points, comme si le pancréas avait difficulté à en produire ; le plus souvent au contraire elles abondent, comme si l'organisme faisait un appel désespéré à la constitution de nouveaux îlots.

Le diabète n'est donc plus forcément lié à une lésion isolée des îlots. Il peut être dû, dit Curtis : — ou à une lésion primitive des îlots — ou à une lésion primitive du parenchyme, ayant pour conséquence : 1° un arrêt de rénovation du tissu endocrine (diabète, par agénésie des îlots), 2° un envahissement secondaire des îlots (diabète insulaire secondaire).

Mais tout n'est pas fini, nous n'avons eu ici que quelques cas, il faudra maintenant multiplier les observations et les recherches dans cette nouvelle direction.

Deux mots maintenant sur le *mécanisme d'action de la sécrétion*. Nous ne pouvons savoir ici que très peu de chose, car il s'agit de la nature même du diabète, qui est bien peu connue ; en en parlant d'ailleurs, je sors de plus en plus du domaine de ma compétence.

Le diabète est dû à une accumulation de sucre dans le sang. Mais d'où provient ce sucre ? Pour les uns, c'est qu'il est produit en excès par le foie. Pour les autres, ce n'est pas sa production qui est en excès, c'est son utilisation, sa destruction qui est en défaut.

Le mécanisme peut être complexe, peut n'être pas toujours le même. Mais, s'il m'était permis d'avoir une préférence, je serais plutôt avec les seconds.

Parmi eux, quelques-uns, R. Lépine le premier, ont admis qu'il y a normalement destruction du sucre, *glycolyse*, dans le sang ; l'insuffisance de la glycolyse amènerait le diabète. La sécrétion interne du pancréas serait un ferment glycolytique versé dans le sang.

D'autres auteurs croient plutôt à une mauvaise utilisation du sucre dans l'intimité des tissus, et particulièrement des muscles. Cohnheim, par exemple, fait de la sécrétion interne une substance sensibilisatrice qui agirait sur les muscles, producteurs d'un ferment glycolytique ; il faudrait le mélange de l'extrait de muscle à l'extrait de pancréas pour produire la glycolyse. Au lieu du muscle, De Meyer fait intervenir le leucocyte d'une façon analogue.

Ce sont là des questions encore à l'étude et difficiles à résoudre.

Tout ce que je puis dire, c'est que je crois volontiers à la glycolyse, mais dans certaines conditions. J'ai été frappé dès le début, par ce fait que, dans les poches sanguines que contiennent beaucoup d'îlots du fœtus, il y a en même temps sécrétion par fonte olocrine de certaines cellules d'îlots et destruction de globules rouges. Je tends donc à croire que la glycolyse n'est pas à proprement parler une destruction du sucre, mais une combinaison de la molécule sucrée avec la molécule azotée. Le sucre devrait entrer dans une combinaison de ce genre, dès son arrivée dans le sang probablement, pour mieux jouer son rôle dans les tissus, et la sécrétion interne du pancréas, proche

parente du zymogène, agirait plus peut-être sur la molécule azotée que sur la molécule sucrée pour arriver à ce résultat. Il faut rappeler ici un fait constaté par HÉDON, dans le diabète expérimental : c'est la prédominance, dans certains cas, de l'azoturie sur la glycosurie.

J'ajouterai que la sécrétion interne du pancréas doit avoir un rôle bien plus complexe encore, et sur d'autres éléments.

Enfin vous serez les premiers à me poser une dernière question si je ne la pose pas moi-même ici. Au point de vue pratique, où nous mènent ces théories ? Nous indiquent-elles un traitement nouveau ? Vous ne vous étonnerez pas, Messieurs, que je me montre très réservé pour dire seulement qu'elles donnent des espérances, et bien vagues encore.

Il y a deux façons de traiter : guérir radicalement, ou pallier.

Est-il permis d'espérer *guérir* un jour le diabète en appliquant ces notions ? Peut-être. Il suffit. pour préserver du diabète un animal dépancréaté, d'un fragment de pancréas greffé sous la peau. Le vrai remède ce serait donc la *greffe*. CRISTIANI, de Genève, l'a tentée et réussie pour la glande thyroïde. Mais pour le pancréas tous les essais ont été infructueux jusqu'ici, entre les mains d'OTTOLENGHI, de MARZOCCHI, et d'autres. Les fragments transplantés, si petits soient-ils, s'atrophient. Le suc pancréatique, le zymogène contenu, doivent être pour beaucoup dans cette destruction. Il faudra essayer, maintenant que nous pouvons fabriquer de la *glande endocrine* pure, de greffer de cette glande endocrine pure.

Peut-on au moins *pallier* ? Vous savez qu'on a essayé avec des résultats divers, mais sans succès constant, semble-t-il, l'opothérapie pancréatique (ingestion ou injection). Mais on opérait avec le pancréas pris en masse. Maintenant il faudra essayer des injections d'extrait ou de bouillie de *glande endocrine* pure ; mais il ne faudra le faire qu'avec beaucoup de prudence, puisque normalement la quantité de tissu endocrine est très petite (je l'évalue environ de 1 à 2 centimètres cubes chez l'homme), puisque normalement, par conséquent, la sécrétion interne n'est versée dans le sang qu'en très petite quantité.

Mais nous tablons largement ici sur l'avenir ; il n'est que temps que je m'arrête, en conviant les chercheurs au travail, et en vous remerciant de la bienveillante attention que vous m'avez prêtée.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Des effets antitoxiques de l'iodipine dans les affections aiguës, par le docteur Émile POTHEAU, thèse Lyon, 1905.

L'*Écho médical du Nord* a déjà publié quelques remarques sur l'iodipine (1902, p. 615). Nous signalons à nos lecteurs les conclusions de la remarquable thèse du docteur POTHEAU sur ce médicament :

1° L'iodipine employée en injections sous-cutanées est une combinaison d'iode et de chlore (1 de chlore pour 3 d'iode environ) et d'huile de sésame au titre de 25 %.

2° L'iodipine injectée se décompose dans l'organisme. On retrouve l'iode dans le sang, sous forme d'iodures alcalins et d'huile iodée, celle-ci en des proportions excessivement faibles. Elle se localise de préférence dans le tissu adipeux.

3° C'est aussi sous la forme d'iodures alcalins que la majeure partie de l'iode contenu dans l'iodipine s'élimine par la salive, les fèces, le lait et principalement par l'urine, entre la 47e et la 51e heure. L'élimination par les reins est très longue ; elle peut durer quarante jours et même quatre mois après la dernière injection.

4° L'élimination, variant proportionnellement suivant la quantité d'iodipine injectée, atteint cependant un summum.

5° L'iodipine n'amène aucune complication chez les brightiques ou dans les cas de néphrite épithéliale. Elle n'occasionne l'albuminurie en aucun cas.

6° Les injections se font à la partie externe de la cuisse, au niveau du tenseur du fascia lata ou, de préférence, au niveau de l'abdomen. Elles sont toutes sous-cutanées.

7° Les doses à injecter sont de 5 à 15 cc. d'iodipine à 25 %. Elles peuvent être aussi plus fortes, mais sans avantage. Le médicament chauffé au bain-marie est injecté au moyen d'une seringue de 10 à 20 cc. et d'une longue aiguille (6-7 cent.) avec un fort diamètre (1m,5).

8° Les injections sont indolores, ne produisant aucune réaction inflammatoire. Elles sont dépourvues de toxicité, n'occasionnant aucun phénomène d'iodisme.

9° Elles sont renouvelées en prenant pour guide la marche de la température.

10° Dans les ***toxi-infections avec fièvre et symptômes généraux graves***, l'iodipine amène rapidement une baisse de température et l'état général s'améliore, aidant ainsi l'organisme à se débarrasser de ses toxines.

11° L'iodipine, dans la ***fièvre typhoïde***, amène une sédation des symptômes graves avec abaissement de température ; mais au bout de quelques jours, on note une rechute de la dothiénentérie avec mêmes symptômes et mêmes signes primitifs, seulement l'état général est plus satisfaisant.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Plusieurs Universités ont signalé à l'attention du ministre de l'Instruction Publique la situation résultant de la

nouvelle loi militaire pour les étudiants appelés à passer deux ans sous les drapeaux et ont émis le vœu suivant :

Que les étudiants soient autorisés à continuer leur scolarité pendant la seconde année du service militaire, sans qu'il en résulte pour eux aucun privilège ni aucune diminution du service réglementaire.

Qu'à cet effet, ils soient placés dans une ville d'Université pendant cette seconde année, où dès la première, si le déplacement, au bout de la première année, offre quelque inconvénient.

Ce vœu a été communiqué au Ministre de la Guerre qui, en réponse, fait connaître que ces desiderata soulèvent de graves objections.

En premier lieu, la suppression de la troisième année de service n'est pas sans créer des difficultés au point de vue de la constitution des cadres inférieurs des régiments. Or, le Parlement, ainsi d'ailleurs que l'Administration de la guerre ont compté, pour lever ces difficultés sur la présence au corps pendant une deuxième année des jeunes gens que leur instruction rend aptes aux fonctions de sous-officiers ou de caporaux, mais que leur libération anticipée par application de l'ancien article 23 ne permettait pas, sous le régime de la loi du 15 juillet 1889, de nommer à ces emplois.

Il ne saurait échapper aux Conseils des Universités qu'il serait impossible de confier les grades subalternes de l'armée à des militaires dont l'attention se détournerait forcément du service, s'ils étaient autorisés à assister à des cours réguliers et à poursuivre leurs études pendant leur présence sous les drapeaux. L'instruction individuelle des jeunes soldats, plus tard l'instruction d'ensemble des unités, à toutes les époques de l'année les exigences du service intérieur des corps prennent tous les instants des gradés, qui ne sauraient remplir utilement leurs fonctions s'ils prétendaient prendre part en même temps aux cours et aux travaux des Facultés.

En votant la loi de recrutement, qui institue le service égal pour tous, le Parlement a, d'ailleurs, voulu imposer rigoureusement les mêmes charges à tous les citoyens valides ; tous doivent également au pays le sacrifice de deux années, d'où résulte un retard équivalent dans le développement de la carrière qu'ils ont embrassée ou songent à embrasser une fois rendus à la vie civile.

L'opinion comprendrait mal que le futur professeur et le futur médecin ne perdissent qu'un an du fait de leur service militaire, alors que l'employé, l'ouvrier de l'agriculture ou de l'industrie seraient enlevés pendant deux ans à leurs occupations professionnelles.

Ainsi l'adoption du régime proposé, outre qu'il compromettrait gravement la constitution des cadres subalternes de l'armée, porterait atteinte au principe fondamental de la loi de recrutement, et irait à l'encontre des intentions maintes fois affirmées tant par le Sénat que par la Chambre des députés.

En résumé, les Universités, qui se défendent dans l'exposé de leur vœu, de vouloir créer aucun privilège au profit des étudiants, de solliciter en leur faveur une diminution quelconque du service réglementaire, se rendront certainement compte que, le droit seul de continuer la scolarité constituerait un privilège et que, d'autre part, le militaire, et particulièrement le gradé, ne peut mener de front les travaux de l'enseignement supérieur et les occupations imposées par le service militaire.

— Le 22 janvier 1906 ont eu lieu, devant un jury composé de MM. les professeurs Folet, Oui, Bué, Lambret, Gérard (Georges), les épreuves du **concours pour un emploi de chef de clinique obstétricale.**

L'épreuve écrite sortie de l'urne était : *Rétroversion de l'utérus gravide.*

Comme épreuve de médecine opératoire fut proposée une *symphyséotomie* sur le cadavre. L'épreuve clinique comportait l'*examen d'une femme enceinte.*

Après des épreuves très honorables, M. le docteur Paucot a été présenté pour l'emploi.

— M. le docteur Emile Job, médecin-major de 2e classe au 1er escadron du train des équipages à Lille, a obtenu une **médaille d'or de 500 francs** pour son mémoire présenté pour le prix de médecin militaire de 1904, intitulé : *La fièvre typhoïde dans l'armée, ses causes.* Nous lui adressons toutes nos félicitations.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. E.-A.-G. Beyaert, de Grande-Synthe (Nord), a soutenu avec succès, le jeudi 25 janvier, sa thèse de doctorat (nº 14), intitulée : **la hernie de la trompe sans l'ovaire.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Claude Laugier, de Pont-Evêque (Isère) ; Grandmoursel, médecin-principal de la marine, en retraite.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie et des Sciences qui s'y rapportent, par Emile Littré, membre de l'Académie française et de l'Académie de médecine, 21e édition entièrement refondue, par le Dr A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 2.000 pages à 2 col. avec 1.000 figures, publié en 5 fascicules : 25 fr. En vente : fascicules I, II et III. Prix de chaque : 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Ce dictionnaire, vénérable entre tous — puisque sa première édition date de 1806 — a été longtemps connu sous le nom de dictionnaire de Nysten, puis sous celui de Littré.

M. Gilbert, aidé de M. Garnier, s'est donné pour tâche de remettre au courant de la science ces pages si souvent remaniées depuis un siècle. Nous constatons qu'il a réussi. Des quantités d'articles nouveaux ont été ajoutés, une atmosphère moderne circule à travers l'œuvre, les rides du passé ont été effacées. C'est un dictionnaire serré, précis, heureusement renseigné, allant droit au fait et qui, sous sa forme ramassée et fournie de documents, est appelé à continuer le succès séculaire de l'ouvrage.

Le Dictionnaire de médecine de Littré est un véritable monument historique. Et il a cela de particulier qu'il peut indéfiniment se rajeunir, lorsque des maîtres comme Gilbert en donnent de nouvelles éditions. Celle-ci formera une bonne encyclopédie de choses médicales, le Larousse de notre art, bien illustré, sévèrement révisé. Au reste, le nom du professeur Gilbert n'est-il pas la meilleure garantie de sa valeur?

C'est en réalité une œuvre nouvelle et considérable (2.000 pages et 1.000 figures) bien à jour et qui, par suite, sera d'une extrême utilité non seulement pour les étudiants, voire même les médecins, mais aussi pour le public lettré. Les uns pourront y apprendre beaucoup de choses et être sûrs que les descriptions sont exactes et au courant de la science. Les autres y retrouveront souvent le détail oublié, le point particulier qu'on sait au moment et dont on ne se souvient plus après quelques semaines. De nombreuses figures illustrent et éclairent le texte.

Les trois fascicules parus à quelques mois d'intervalle vont jusqu'à la lettre O.

Il est inutile de souhaiter bonne chance à ce livre qui va retrouver son grand succès de jadis, mais on peut vivement féliciter le professeur Gilbert et son collaborateur Garnier de cette intéressante et si utile œuvre de vulgarisation précise et moderne sous une forme aussi condensée que possible.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Rapports sur le fonctionnement du service chirurgical en 1904-1905 au Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer**, par les docteurs Lambret, Le Fort, Gaudier, Bachmann. Lille, *Robbe*, 1905.

— **Administrateurs et médecins des hôpitaux, documents inédits**, par le docteur A. Sirot. Dijon, *Iobar*, 1905.

— **La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée; traitement et prophylaxie**, par le docteur Paul Ferrier, Paris, *Vigot*, 1906.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

3e Semaine du 14 au 20 janvier 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	9	3
3 mois à un an	2	5
1 an à 2 ans	1	4
2 à 5 ans	»	1
5 à 20 ans	4	4
20 à 60 ans	14	16
60 ans et au-dessus	15	10
Total	45	43

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Érysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 2 ans	Diarrhée et entérite: de 2 à 5 ans	Diarrhée et entérite: plus de 5 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	3	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	1	2	1	1	1	»	»	»	»	»	3	12	8
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	1	»	1	»	»	»	»	»	»	3	8	20
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	»	4	10	30
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	4	8	9
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	1	»	2	1	»	2	»	»	»	»	»	7	18	7
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	3	9
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	7
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	5	14	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	5	10
Total	»	»	»	»	»	8	»	2	8	»	5	»	5	7	4	9	»	»	1	»	»	29	83	123

N° 473. Dixième Année. N° 5. Le Numéro : **10** centimes 4 Février 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de pleurésie purulente à pneumocoques

par le docteur **Deléarde**, agrégé,
chargé du cours de clinique médicale infantile.

MESSIEURS,

Je vous ai parlé, il y a quelques jours, à propos d'un malade qui avait succombé dans le service, de la marche souvent silencieuse de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant en bas âge ; les hasards de la clinique ont amené dans nos salles un autre malade présentant, lui aussi, une affection dont l'évolution peut passer longtemps inaperçue : je veux dire la pleurésie purulente.

Vous avez tous vu ce petit malade, un garçon de 7 ans, que la mère nous avait montré à la consultation parce qu'il avait une grande difficulté à respirer. De plus, la poitrine était couverte d'abcès de différentes grosseurs, quelques-uns s'étaient ouverts spontanément et il s'en écoulait du pus épais et verdâtre, la peau à leur niveau était violacée, ils étaient nettement sous-cutanés, sans communication avec les côtes sous-jacentes. On voyait sur la poitrine et le ventre de l'enfant une circulation veineuse supplémentaire très développée, le ventre n'était pas saillant, sans trace d'ascite. Dans toute la hauteur du poumon droit, en avant comme en arrière, il y avait une matité absolue qui descendait en avant jusqu'à l'ombilic, en s'étendant légèrement sur l'hypochondre gauche.

La respiration courte et fréquente s'entendait à l'auscultation à droite comme à gauche, en avant comme en arrière, même en pleine zone de matité, sans le moindre râle ; à droite, on percevait un souffle aux deux temps de la respiration en avant, tout-à-fait à la partie inférieure du poumon droit sur une très petite étendue. Les vibrations vocales étaient conservées à la palpation. Le côté droit de la poitrine était légèrement affaissé par suite d'une scoliose dorsale rachitique, à convexité droite, le côté gauche au contraire était globuleux. Les forces de l'enfant avaient beaucoup diminué depuis le début de sa maladie, il était amaigri, presque cachectique, son état général inspirait un vague soupçon de tuberculose. En faisant préciser le mode de début de la maladie, nous avons appris que 7 semaines auparavant

l'enfant avait été soigné pour une affection pulmonaire aiguë, pneumonie ou broncho-pneumonie, qui s'accompagna d'une fièvre élevée pendant plusieurs jours, puis après une courte période de rémission, il était retombé malade et depuis lors, cinq semaines au moins, son état était allé en s'aggravant.

La maladie de cet enfant paraît donc avoir évolué en deux périodes, la seconde n'étant que la suite, la conséquence de la première.

A première vue le tableau clinique semblait embrouillé, mais un examen approfondi du malade allait jeter un peu de clarté sur l'ensemble des symptômes.

Voyons d'abord l'appareil respiratoire qui attire l'attention par la dyspnée, la toux quinteuse, la teinte asphyxique des lèvres et de la face. La matité absolue de toute la moitié droite de la poitrine en avant comme en arrière, avec conservation du murmure vésiculaire, ne pouvait s'expliquer ni par l'hypothèse d'une pneumonie massive, aiguë ou chronique, ou d'une broncho-pneumonie, car l'absence de fièvre (37°6) et de râles, l'expectoration presque exclusivement composée de salive ne concordait pas avec l'une de ces affections. Il n'y avait guère que la spléno-pneumonie qui pouvait jusqu'à un certain point présenter quelques-uns des symptômes relevés chez cet enfant, mais il est rare de trouver cette maladie occuper tout un poumon et ne pas s'accompagner, dans les portions en voie de résolution, de quelques râles révélateurs de la bronchite concomitante.

Il ne pouvait s'agir ici que d'une pleurésie à grand épanchement et, en tenant compte des renseignements sur le mode de début, il y avait tout lieu de croire à une pleurésie purulente métapneumonique, c'est-dire consécutive à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie. Une ponction exploratrice confirma bientôt cette hypothèse et décela la présence dans la plèvre droite d'un pus verdâtre, assez épais, dont on enleva un litre sur le champ. Nous avions par suite l'explication de tous les signes relevés chez notre malade, la matité absolue et très étendue dont la masse abaissait fortement le foie jusqu'à la région ombilicale et gênait la circulation intrathoracique au point de développer une circulation supplémentaire sous-cutanée au niveau du thorax et de l'abdomen. Les abcès multiples de la peau de la poitrine étaient la preuve d'une infection et indiquaient la formation de foyers métastatiques. Enfin, l'état général plutôt mauvais, l'amaigrissement, la perte de l'appétit, étaient la conséquence de la résorption des produits septiques sécrétés par les microbes de la pleurésie purulenle. La température est à 37°6.

Restaient les phénomènes stéthoscopiques qui, sauf la matité, ne concordaient pas avec la constatation de la pleurésie. La conservation des vibrations vocales et surtout celle du murmure respiratoire semblaient paradoxales et absolument contraires aux idées courantes en matière de diagnostic de la pleurésie, mais chez l'enfant ce fait n'est pas extraordinaire et, sans être fréquent, il se rencontre. Il trouve son explication dans l'abondance et dans la nature du liquide pleural. L'énorme quantité de pus que renfermait la plèvre avait dû refouler le poumon droit dans le thorax, le réduire à un simple moignon et par conséquent diminuer l'intensité du murmure vésiculaire, aussi est-il permis de se demander si les bruits de la respiration normale que l'on entendait si bien à droite n'étaient point ceux qui se passaient dans le poumon gauche ; cette hypothèse est d'autant plus admissible que l'oreille placée en un point quelconque du poumon droit percevait les battements cardiaques d'une manière très nette. La densité élevée du liquide épanché agissant comme un corps bon conducteur du son et transmettant les bruits à distance. La recherche de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone fut rendue difficile par l'indocilité de l'enfant pendant l'examen.

Quoi qu'il en soit le seul symptôme d'un épanchement pleurétique fut la matité ; ce signe revêt en pareille circonstance une importance clinique considérable et il est souvent le seul qui mette sur la voie du diagnostic de la pleurésie chez l'enfant ; rappelez-vous ce détail ; tous les autres signes, souffle, suppression du murmure respiratoire, égophonie, pectoriloquie aphone, œdème de la paroi, voire même voussure unilatérale avec suppression des vibrations thoraciques peuvent manquer. Devant l'absence de la symptomatologie clinique de la pleurésie il vous faudra avoir recours, dans les cas douteux, à la ponction exploratrice mais en vous souvenant qu'une ponction blanche ne signifie pas inévitablement absence de liquide. La viscosité de l'épanchement, l'étroitesse de l'aiguille, la présence des fausses membranes épaisses tapissant les feuillets pleuraux, la division de l'épanchement en loges, voilà autant de causes d'échec ; vous devrez répéter les ponctions en différents

endroits, au besoin même les faire avec un trocart de l'appareil POTAIN ou DIEULAFOY.

Vous m'avez vu retirer le jour même de l'entrée du jeune malade, au moyen de la ponction, un litre de pus et je vous ai dit à ce moment que cette intervention n'était que palliative, me réservant le soin de faire l'empyème si l'examen bactériologique du liquide ne décelait point la présence du bacille de KOCH. Il ne faut jamais en effet ouvrir au bistouri une plèvre envahie par le bacille tuberculeux, c'est risquer de donner un coup de fouet à la tuberculose et d entraîner une mort rapide. La culture du pus sur gélose donna du pneumocoque à l'état de pureté, l'examen du pus après coloration au *Ziehl* resta négatif au point de vue tuberculose, j'étais suffisamment renseigné et le surlendemain je faisais l'empyème qui donna issue à un bon litre de pus. Il me reste, pour terminer, à justifier ce mode de traitement. Je vous ai signalé plus haut l'état général et local de notre petit malade qui témoignait d'une imprégnation profonde des produits toxiques sécrétés en abondance au niveau de sa plèvre droite, de plus l'urine, sans être albumineuse, renfermait une forte proportion d'urobiline, signe d'insuffisance hépatique selon les uns, et d'altération rénale suivant les autres ; tous ces éléments d'appréciation faisaient pencher en faveur d'une intervention radicale ; je craignais que la ponction ne laissât des fausses membranes et des amas de fibrine, comme on en voit souvent dans le cas de pus à pneumocoques et qui, véritables réservoirs microbiens, auraient réinfecté la plèvre ; voilà pourquoi j'ai procédé à l'empyème ; c'est ce mode de traitement simple, facile, que je vous conseille lorsque vous vous trouverez en présence d'une pleurésie purulente à pneumocoques ancienne ou longtemps méconnue. Réservez la ponction pour les cas où vous assisterez au début de la pleurésie, pratiquez-la deux fois au maximum et si le pus se reforme, n'hésitez pas à recourir à l'empyème avec ou sans résection costale.

Voilà quinze jours que l'enfant est opéré, la température n'a jamais dépassé 37°6 le soir, l'appétit est revenu, le petit malade reprend des forces, il va auss[1] bien que possible.

L'urine ne renferme plus d'urobiline, la circulation supplémentaire disparaît peu à peu, le foie a repris sa place normale, il ne déborde pas les fausses côtes, les abcès de la paroi thoracique, ouverts largement, sont cicatrisés, le pouls de 160 est tombé à 90, en un mot tout rentre dans l'ordre.

Après l'empyème, je me suis contenté de faire passer un demi-litre de sérum artificiel stérile dans la plèvre et je me garde bien en renouvelant chaque jour le pansement de refaire des lavages. Un seul suffit, quelques auteurs conseillent même de n'en point faire du tout. Ce n'est que dans le cas où la température monte brusquement au cours du traitement que l'on est autorisé à recourir à un nouveau lavage. Contentez-vous, lorsque vous aurez opéré un malade de l'empyème, de lui appliquer des pansements propres, aseptiques, bannissez tout antiseptique qui retarde la cicatrisation et n'est souvent lui-même qu'un propagateur de microbes, tels l'iodoforme et le salol. Par ce procédé, la sécrétion purulente se tarira en quelques semaines et vous ne verrez plus de ces malheureux opérés d'empyème auxquels des lavages fréquents et abondants, même avec des liquides inoffensifs, entretiennent des suppurations intarissables les conduisant lentement et sûrement vers la cachexie ou la tuberculisation.

A propos d'un cas d'arthropathie syphilitique tertiaire

par le docteur **Bertin**, medecin-adjoint des hôpitaux

A toutes ses périodes, la syphilis peut se manifester par des accidents articulaires. Dès le début de la période secondaire, nous la voyons produire des arthralgies précoces, des synovites subaiguës, décrites par FOURNIER sous le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique, des synovites chroniques s'accompagnant d'hydarthrose. Toutes ces lésions ont pour caractères d'être essentiellement fugaces, de disparaître spontanément ou très facilement sous l'influence du traitement spécifique, de « lécher » plutôt que de « mordre » les articulations atteintes.

Il n'en est plus de même pour les arthropathies de la période tertiaire, qui sont plus graves que les manifestations secondaires, s'accompagnent de désordres plus profonds et sont souvent d'un diagnostic plus délicat. C'est ce qui nous a décidé à les étudier, à propos d'un cas véritablement schématique que nous venons d'observer à l'hôpital Saint-Sauveur.

La fréquence de ces manifestations est très discutable. La plupart des syphiligraphes les relatent dans une très faible proportion. C'est ainsi que FOURNIER, dans une statistique portant sur 5.000 cas d'accidents

syphilitiques divers, les a observées trente fois seulement, c'est à dire dans 0,65 °/₀ des cas. Mais il se hâte d'ajouter qu'il faut se garder de prendre ces chiffres au pied de la lettre. « J'ai conscience, dit-il, que ce nombre est au-dessous, bien au-dessous de la réalité des choses et qu'il devrait être majoré ». Il est hors de doute en effet que nombre de malades atteints d'arthropathies tertiaires auront plus naturellement recours aux soins du chirurgien qu'à ceux du vénéréologiste. Tandis que les manifestations, qui trahissent par elles-mêmes leur spécificité, telles que les gommes de la peau, par exemple, auront peu de chance d'échapper à ce dernier, les accidents qui, pour le malade, relèvent plutôt du domaine chirurgical — et les arthropathies sont de ce nombre — iront plus facilement grossir la statistique du chirurgien.

Les manifestations articulaires s'observent à tous les âges de la syphilis. FOURNIER en a observé un cas 37 ans après l'apparition du chancre, mais c'est dans le courant de la 3me année, d'après cet auteur, qu'on les rencontre le plus fréquemment. Un second maximum s'observe au cours de la 6me année. FOUQUET, qui vient de faire de la syphilis articulaire une étude très complète, estime que c'est surtout de la 3me à la 20me année qu'on les voit survenir.

La pathogénie de ces accidents nous échappe complètement. Dans quelques cas, on a pu les rapporter à un traumatisme (1). Mais le plus souvent il est impossible de trouver la cause d'appel de cette localisation.

Ces arthropathies tertiaires peuvent se présenter sous deux aspects différents. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'articulation est prise dans ses différents éléments : c'est la forme que FOURNIER, puis GAUCHER ont décrite sous le nom de « pseudo-tumeur blanche syphilitique, » et que FOUQUET appelle plus exactement « *ostéo-chondro-arthropathie.* » Mais souvent la syphilis se localise à la synoviale ; c'est *l'infiltration gommeuse périsynoviale de* LANCEREAUX.

Ostéo-chondro-arthropathies. — C'est la forme que nous étudierons plus spécialement ici, en nous basant sur l'observation que nous venons de recueillir (2).

OBSERVATION. — Mme X..., âgée de 34 ans, entre dans le service des filles publiques à l'hôpital Saint-Sauveur le 1er mars 1905. C'est une femme de constitution assez robuste, ne présentant d'autre tare que des excès alcooliques.

Elle dit avoir contracté il y a trois ans une syphilis qui semble avoir été d'intensité moyenne, sans pouvoir préciser exactement la nature des accidents qu'elle a présentés à cette époque. Elle nous raconte qu'elle a eu une éruption maculeuse généralisée, des ulcérations génitales et des maux de gorge fréquents, de la céphalée. Elle fut soignée pendant 6 mois environ par des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium. Peu à peu les accidents s'atténuèrent et pendant deux ans la malade ne remarqua rien d'anormal.

Vers le début du mois de septembre 1904, c'est-à-dire il y a environ six mois, apparut au niveau de la joue gauche une petite ulcération qui ne tarda pas à s'étendre. Presque en même temps survint une douleur dans l'articulation du genou droit, s'accompagnant bientôt d'une tuméfaction qui n'a pas cessé de s'accroître. Vers le mois d'octobre apparut l'affection nasale dont nous reparlerons plus loin. Le traitement mixte fut institué comme précédemment, puis dans le courant du mois de décembre un médecin fit huit injections consécutives, à deux jours d'intervalle, d'un sel mercuriel. Ce traitement amena une stomatite légère, mais le résultat thérapeutique ne fut guère appréciable. Depuis le mois de janvier la malade a cessé de se soigner.

A son entrée dans le service nous constatons la présence d'une lésion de la joue gauche qui atteint à peu près les dimensions de la paume de la main, et qui présente tous les caractères d'une syphilide tuberculo-croûteuse en évolution. Dans le nez, M. le professeur GAUDIER trouve des ulcérations spécifiques assez superficielles.

Le genou droit est considérablement augmenté de volume. La palpation fait reconnaître qu'il s'agit d'un épanchement articulaire très abondant. La capsule est épaissie, on sent à la partie inférieure deux petites plaques indurées, mais il n'y a pas de fongosités. La pression éveille une douleur localisée à l'extrémité supérieure du tibia, mais on ne trouve pas d'autres localisations douloureuses, ni de déformations osseuses.

La malade souffre d'une façon continue, au point d'être privée de sommeil. Les douleurs sont exagérées par les mouvements. La flexion est très limitee, mais il n'y a pas d'attitudes vicieuses.

La radiographie ne révèle rien d'anormal.

Dans le genou gauche il existe un très léger épanchement, sans tuméfaction appréciable, sans épaississement de la synoviale, sans déformations osseuses. La malade accuse seulement de la douleur.

Le coude gauche est en flexion ; cette position est due à une contracture musculaire. A la palpation les os semblent normaux, mais la pression éveille une douleur très vive au niveau de la tête du radius. La peau présente une légère circulation complémentaire. L'articulation contient un peu de liquide. Les mouvements sont très douloureux. L'extension complète est impossible. L'examen radiographique ne donne pas de renseignements positifs.

(1) PERCY PATON. Syphilitic joint disease. *Brit. med. Jour.*, novembre 1903.

(2) Cette malade a été présentée à la Société de Médecine du Nord en mars 1905.

Le 1er mars 1905, injection de sept gouttes d'huile grise à 40 °/₀. Le seul traitement local consiste en une légère compression ouatée au niveau du genou droit. Sur la joue, emplâtre de Vigo. La malade est soumise en même temps au traitement ioduré.

Les injections mercurielles sont continuées tous les huit jours pendant sept semaines consécutives. Lorsque la malade quitte l'hôpital, le 20 avril, les accidents de la joue sont entièrement guéris ; dans le genou droit on ne trouve plus trace de liquide, mais seulement de l'atrophie musculaire et les traces inévitables d'une ancienne hydarthrose. Le genou et le coude gauche sont redevenus normaux.

Nous avons revu cette malade il y a deux mois sans trouver de traces de son affection articulaire.

Si nous prenons comme type cette observation assez typique, nous voyons que ce qui caractérise cette arthropathie, c'est d'abord son début très insidieux. L'affection s'est installée sans aucune réaction fébrile, sans gêne fonctionnelle, ne se traduisant que par des douleurs de plus en plus vives, mais sans caractère précis, et par une déformation lentement progressive de l'articulation. D'après FOUQUET, on observerait déjà à cette période de début une augmentation de volume de l'os et des points douloureux localisés.

A la période d'état, l'articulation est considérablement augmentée de volume. Mais cette déformation n'est pas due, comme on le croirait, à des lésions osseuses ; chez notre malade, examinée aux rayons X, les os étaient de volume normal. Les déformations osseuses, lorsqu'elles existent, ne jouent ici qu'un rôle secondaire, et ce qui intervient principalement, c'est l'épaississement de la synoviale et l'épanchement articulaire.

Encore faut-il ajouter que le premier de ces deux signes ne se rencontre que tardivement. Nous l'avons trouvé, chez notre malade, au genou droit qui avait été le premier atteint, tandis qu'au genou et au coude gauches dont les lésions étaient plus récentes, il n'y en avait pas la moindre trace. Jamais on ne trouve de fongosités, et nous verrons plus loin que c'est là un signe de la plus haute importance pour distinguer l'arthropathie syphilitique de la tumeur blanche tuberculeuse. Sous l'influence de l'épanchement l'articulation se déforme, à la surface de la peau amincie se dessine un réseau veineux dû à une circulation complémentaire. La palpation permet de localiser la douleur en certains points des extrémités osseuses. Chez notre malade, nous n'avons pas trouvé de déformation appréciable, mais ce signe est noté dans nombre d'observations.

Les symptômes fonctionnels sont constants : les douleurs spontanées sont exagérées par les mouvements qui sont d'ailleurs très limités. Il n'y a pas, comme dans la tuberculose, d'attitudes vicieuses. Il est à remarquer que la coexistence d'accidents syphilitiques d'autres organes que nous avons notée chez notre malade n'est pas un fait isolé ; nous l'avons retrouvée dans nombre d'observations (VERNEUIL, BOUILLY, BARTHÉLEMY, MOREL-LAVALLÉE, etc...)

Les arthropathies tertiaires convenablement traitées lorsqu'elles n'ont pas encore causé de dégâts irrémédiables, cèdent assez facilement au traitement mercuriel intensif. Chez notre malade, les douleurs étaient extrêmement vives, au point d'empêcher le sommeil, l'épanchement articulaire était si abondant que la nécessité d'une ponction évacuatrice fut discutée. Et cependant, en six semaines, sous l'action de l'huile grise, les douleurs avaient disparu, le genou avait presque repris son volume normal.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi ; et des complications peuvent se produire. Des gommes ramollies peuvent s'ouvrir dans l'articulation du côté de la peau en donnant naissance à des trajets fistuleux. On observe encore des ostéites raréfiantes, favorisant les fractures spontanées. Mais en thèse générale ces complications sont rares, et les arthropathies tertiaires, bien traitées, guérissent très facilement.

Il importe donc de faire un diagnostic précoce de ces manifestations syphilitiques. Mais il faut reconnaître que ce n'est pas toujours chose facile : témoin l'observation publiée par GAUCHER et COYON (1) dans laquelle une arthropathie tertiaire avait été méconnue pendant deux ans et prise pour une tumeur blanche tuberculeuse.

C'est avec cette dernière affection que la syphilis est en effet le plus souvent confondue. Pour établir le diagnostic, on tiendra compte d'abord de l'état général du malade, de l'évolution de la maladie, des antécédents : chez l'un on trouvera un état général mauvais, des lésions pulmonaires en évolution ; l'arthropathie aura eu le plus souvent une évolution extrêmement lente. Chez l'autre, au contraire, l'état général sera relativement satisfaisant, il n'y aura pas de localisation pulmonaire, et surtout on pourra trouver d'autres lésions syphilitiques, élément de diagnostic de la plus grande importance. Mais ce ne sont là que des

(1) GAUCHER et COYON. Annales de Dermatologie, 1901.

signes de probabilité qui peuvent manquer ou induire en erreur chez un sujet à la fois tuberculeux et syphilitique, par exemple.

Les éléments essentiels du diagnostic seront tirés de l'examen de l'articulation. Chez le tuberculeux, fausse fluctuation, fongosités articulaires, contractures et attitudes vicieuses. Chez le syphilitique, au contraire, on n'observe jamais de fongosités, mais seulement des épaississements de la capsule, et dans les cas les plus intenses de véritables plaques de blindage. On sent de plus une fluctuation vraie. Les mouvements sont moins gênés que dans la tumeur blanche, et on n'observe jamais d'attitudes vicieuses. Enfin, en cas de doute, c'est au traitement mercuriel intensif qu'on aura recours pour trancher la question.

Nous ne nous attarderons pas à discuter le diagnostic de l'hydarthrose vulgaire, qui ne pourrait guère être confondue qu'avec une manifestation secondaire, de l'hémarthrose et des autres accidents articulaires plus rares.

Des autopsies assez nombreuses nous renseignent sur les lésions anatomiques de cette forme d'arthropathies tertiaires. D'après Fouquet, on observe la plupart du temps à la fois des lésions osseuses, cartilagineuses et synoviales. Les lésions de l'os consistent en gommes épiphysaires ou juxta-épiphysaires qui se ramollissent et dont le produit a tendance à se diriger vers les surfaces articulaires, en formant dans l'os de véritables galeries qui en diminuent la solidité. Le tissu osseux est lui-même atteint d'ostéite raréfiante, ce qui explique les fractures spontanées assez souvent décrites. Le canal médullaire est également rempli d'une matière jaunâtre ; il est dilaté, et s'étend jusqu'à l'extrémité osseuse. Les cartilages ne sont guère atteints que secondairement, et on observe alors des érosions, ou de véritables pertes de substance, parfois même la destruction sur une assez grande étendue. La synoviale est épaissie par places, formant de véritables plaques de blindage comme dans le sarcocèle syphilitique, mais on ne trouve jamais de fongosités.

Infiltration gommeuse péri-synoviale. — Cette forme, décrite par Lancereaux, n'est guère qu'une variété de la précédente. Aussi nous serons très brefs dans son étude. Ce qui la distingue de l'ostéo-chondro-arthropathie, c'est qu'il n'existe ni lésions osseuses, ni lésions cartilagineuses. L'affection se localise exclusivement à la synoviale, qu'elle épaissit. Le diagnostic de cette manifestation est généralement facile, et on ne saurait la confondre ni avec la forme précédemment décrite, ni avec la tumeur blanche tuberculeuse.

En résumé, les manifestations articulaires de la syphilis tertiaire sont très importantes à connaître. Il importe en effet d'établir, dès le début des accidents, un diagnostic ferme, et nous avons vu qu'un examen méthodique permettait d'y arriver presque à coup sûr. Ce diagnostic est d'autant plus important à connaître qu'il établit un pronostic relativement bénin, et surtout qu'il permet d'instituer une thérapeutique d'une efficacité à peu près sûre et souvent très rapide.

Des dangers de la ponction sous-pubienne de la vessie

par **Victor Pauchet**, d'Amiens

Le professeur Carlier a publié récemment (1) une intéressante étude sur cette question. Trois observations tirées de sa pratique personnelle montrent les dangers d'une petite opération que tous les praticiens considèrent comme inoffensive. Les accidents sont dus à l'épanchement de l'urine qui filtre par la petite plaie vésicale dans le péritoine ou le tissu cellulaire sous-séreux. Quand la séreuse descend au niveau du pubis, la pénétration de l'urine septique peut provoquer une péritonite mortelle. Quand l'infiltration se fait dans le tissu cellulaire pelvien et sous-péritonéal il en résulte des accidents toxiques dus à la cellulité pelvienne, accidents qui emportent le malade et qui sont qualifiés d'empoisonnement urineux.

Etant donné que cette notion du danger de la ponction est fort peu répandue, je crois devoir ajouter aux trois dernières observations de mon distingué collègue de Lille le cas d'un vieil urinaire qui faillit succomber à la suite de cette petite intervention.

Observation. — *Hypertrophie prostatique.* — *Rétention aiguë.* — *Ponction sus-pubienne.* — *Infiltration sous-péritonéale d'urine.* — *Prostatectomie sus-pubienne d'urgence.* — En novembre dernier, entre à l'hospice Saint-Vincent-de-Paul un homme de 77 ans. Facies déprimé, langue sèche, pouls rapide, sans tension, ventre tympanisé, hoquet ; cet homme, vierge de cathétérisme avant la veille, mais présentant des accidents urinaires anciens, a été pris de rétention aiguë, sondé sans succès, puis ponctionné. — Le docteur Blondel voit le malade, reconnaît malgré le ballonnement que la vessie est de nouveau distendue, essaie, sans insister, de faire un cathétérisme et n'y pouvant réussir, me convoque pour opérer.

(1) *Echo Médical du Nord*, 5 novembre 1905.

L'état du malade est rien moins que brillant. Température 39°5. La vessie remonte à trois-travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Léger œdème sus-pubien.

S'agit-il d'une péritonite par infiltration d'urine dans la cavité abdominale ou de péritonisme par infiltration sous-séreuse d'urine ? C'est ce que l'intervention va démontrer.

Incision médiane. — Le tissu cellulaire prévésical et la cavité de Razies se montrent infiltrés d'urine à odeur ammoniacale. L'infiltration se continue latéralement sous la séreuse péritonéale. Incision de la vessie. L'urine s'écoule. Grands lavages. L'index gauche découvre une prostate saillante autour du col, surtout en arrière et à droite. La glande paraît mobile. Elle se présente sous forme d'un bel adénome énucléable. Son extirpation paraît devoir être rapide.

A l'aide des ciseaux tenus de la main droite, j'incise la muqueuse en arrière du col ; je place l'index droit dans le rectum. Tandis que ce dernier doigt *(main gantée)* cale la prostate par en bas, l'index gauche la décortique par en haut. L'extirpation dure environ 4 minutes. La tumeur pèse 65 grammes. Cette intervention produisit le même effet que l'incision d'un abcès. La température tomba à 37° dans les 48 heures.

Trois jours après, le malade sortait de sa torpeur ; le hoquet disparaissait, le ballonnement s'affaissait.

J'avais fixé les lèvres de la boutonnière vésicale aux muscles grands droits, par deux fils. Un drain très gros dur et court fut introduit dans le bas fond vésical et fixé à l'hypogastre. Pendant quinze jours on fit des lavages oxygénés copieux qui entraient par l'urètre et ressortaient par la plaie sus-pubienne. Pansement à la pommade ektoganée. Le drain fut supprimé le quinzième jour. Je dus endormir le malade pour lui fermer sa fistule quelques semaines plus tard.

Réflexions. — Quoique dans de mauvaises conditions, mon malade présentait un cas plus favorable que ceux dont le professeur Carlier a rapporté l'observation. Il était atteint non de péritonite mais de simple péritonisme par infiltration sous-séreuse d'urine. Je n'ai pas dû ouvrir l'abdomen. J'ai pratiqué seulement une cystostomie et une prostatectomie sus-pubienne d'urgence. La taille a combattu la rétention et arrêté l'infiltration.

Des lavages oxygénés copieux ont permis à l'urine infectée de s'éliminer par la plaie hypogastrique et la prostatectomie a prévenu le retour d'accidents semblables.

Quelles conclusions pratiques peut-on tirer de ce cas isolé ?

Inutile de revenir sur ce fait que la ponction n'est pas sans danger, que le cathétérisme pratiqué en dehors des règles formulées par Guyon peut chez les prostatiques distendus ou rétentionnistes aigus déterminer la mort, et que la cystostomie d'urgence n'est qu'une intervention d'attente et souvent suivie d'un mauvais résultat.

C'est la deuxième prostatectomie sus-pubienne d'urgence que je pratique (1), je pourrai dire presque *comme un cathétérisme, au lit du malade.* Ces deux interventions radicales ont été exécutées dans des conditions déplorables chez des malades que je considérais comme perdu et qui sont aujourd'hui guéris de leurs accidents et de leur infirmité.

Deux faits isolés ne suffisent pas pour permettre de formuler une règle de conduite. Je signale simplement ces cas à la réflexion de mes confrères. Qu'ils retiennent simplement deux faits de ces observations.

1° *La ponction sus-pubienne peut être dangereuse et causer la mort.*

2° *La prostatectomie sus-pubienne d'urgence peut être une opération facile, bénigne et efficace.*

Simple histoire d'un sou avalé par un enfant

par **Horel**, externe des hôpitaux

L'histoire des corps étrangers de l'œsophage est à l'ordre du jour ; jamais, peut-être, les périodiques médicaux n'en ont tant parlé. Il n'est pas un seul fascicule de l'*Index Medicus*, qui, à l'article *Foreign Bodies* ne cite les nombreuses communications faites à ce sujet. Chaque auteur, discutant âprement la conduite à tenir, y vante les bienfaits de la méthode qu'il emploie pour enlever les objets introduits dans l'œsophage : d'aucuns préconisent le panier de Graefe, d'autres préfèrent le crochet de Kirmisson, d'autres enfin conseillent l'œsophagotomie externe Seule, dame Nature n'a pas voix au chapitre : elle sait cependant bien faire les choses, et peut souvent, très souvent même, réparer à elle seule tout le mal. Témoin ce cas que nous eûmes l'occasion de constater à l'hôpital de la Charité et que nous allons conter rapidement.

Jeanne D..., 6 ans, est amenée dans la clinique médicale du professeur Combemale, le dimanche 2 décembre, à 7 heures du soir. « Elle vient d'avaler un sou, nous dit son père, et, bien qu'elle n'en soit nullement incommodée, je ne suis pas sans inquiétude. » Et de fait, la petite fille, très turbulente, rit, joue, et se fâche aussi à l'idée de devoir rester à l'hôpital, mais du sou il ne semble plus être question.

(1) Un cas signalé déjà *au Congrès d'urologie de Paris, 1905.*

Nous examinons cependant l'enfant, mais nous ne pouvons noter aucun symptôme de séjour d'un corps étranger dans l'œsophage, aucune manifestation dramatique classique, pas d'étouffement ni de suffocation, pas de douleur au niveau du siège du sou ; pas de trouble de respiration ni de phonation, enfin aucune saillie révélatrice à la palpation de la région cervicale.

Qu'y a-t-il de vrai dans cette histoire de sou avalé, nous demandions-nous, en conduisant la petite fille dans la salle de radioscopie de la clinique? Broca en effet enseigne la méfiance ; de plus nous nous souvenions du cas extraordinaire d'un enfant amené l'été dernier à l'hôpital St-Sauveur parce qu'il avait avalé un sou deux jours auparavant, lequel sou n'avait jamais été avalé, puisque la radioscopie permit de le retrouver dans... la manche de chemise du jeune patient. Cette fois il n'en fut pas ainsi. Immédiatement sur l'écran nous apercevons la pièce dont l'ombre très noire se détache nettement sur le fond plus clair. Cette ombre couvre de son obscurité la sixième et une partie de la septième vertèbre cervicale, très légèrement à gauche de ces deux vertèbres, elle touche en haut au chaton cricoïdien ; comme enfin, elle a la forme d'un disque parfait (égal au diamètre d'une pièce de dix centimes à cause de sa projection) nous en déduisons que le sou est engagé exactement dans la fente à direction transversale de l'œsophage et qu'il est arrêté au rétrécissement cricoïdien.

Jugeant nécessaire d'intervenir et rapidement, nous prévenons M. le docteur Leroy, chef de clinique chirurgicale. Avant qu'il n'arrive, la petite fille, qui jusque-là jouait tranquillement, fut prise subitement de nausées suivies de vomissements peu abondants. Elle fit ensuite quelques rapides mouvements de déglutition et voulut dormir.

Avant d'intervenir, le docteur Leroy nous fit de nouveau radioscoper la fillette. Bien nous en prit, car à notre entière stupéfaction, nous ne vîmes plus le sou si bien repéré une heure auparavant. Certain que la pièce n'avait pas été rejetée dans les vomissements, il ne nous restait qu'à scruter soigneusement l'estomac. De nouveau le sou apparut : Ayant, cette fois, la forme d'un ovoïde très aplati, l'ombre très noire située dans un plan correspondant à la douzième dorsale et un peu à gauche indiquait la position du sou qui, couché obliquement, semblait prêt à s'engager dans l'orifice pylorique.

Dans ces conditions il n'y avait plus à parler d'intervention ; nous fîmes donner à la petite une épaisse purée de pommes de terre. L'enfant, malgré quelques légères coliques, fit une excellente nuit, et, le lendemain matin, la pièce était retrouvée dans ses selles. Cette pièce était bien de cinq centimes, française, au millésime de 1897, de 31 millimètres de diamètre ; très peu ternie, elle n'avait pas subi l'action des sucs intestinaux.

Nous ne pouvons rien conclure de cette observation. Notons simplement ces trois faits :

a) Nous possédons aujourd'hui un moyen de diagnostic auquel nous devons toujours avoir recours : la radioscopie.

b) L'extrême élasticité de l'œsophage qui chez un enfant de 6 ans mesure, étant aplati, 12 millimètres et laisse néanmoins passer un sou de 32 millimètres de diamètre.

c) La rapidité de l'évacuation qui, chose assez rare croyons-nous, s'est produite douze heures après que le sou eut été avalé.

Consultations Médico-Chirurgicales

Paraphimosis

Docteur Drucbert.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Chez un sujet porteur d'un phimosis — c'est-à-dire dont le prépuce long, couvrant tout ou partie du gland, avait un orifice naturellement étroit et peu dilatable — le prépuce a été porté en arrière du gland ; celui-ci, dont les circulations veineuse et lymphatique sont gênées, devient turgide, puis œdématié ; le prépuce ne peut plus être ramené en avant ; la couronne du gland augmenté de volume forme une saillie brusque qu'il ne peut franchir, l'extrémité de la verge est étranglée. C'est là la *forme simple du paraphimosis* ; on pourrait l'appeler de cause mécanique.

En pratique, il s'agit d'un enfant qui a eu la curiosité de voir son gland ou recherché des sensations particulières ; c'est un adolescent qui a voulu se nettoyer à fond la verge parce qu'il a eu un coït suspect, ou parce que l'accumulation de matières sébacées dans le sillon balano-préputial, entretient chez lui une sensation prurigineuse désagréable. C'est enfin l'aventure classique du jeune homme dont le gland n'a jamais vu le jour et a franchi l'anneau préputial pendant un coït avec une femme étroite.

II. Un malade qui porte des chancres, des chancrelles ou des végétations sur le gland ou la face interne du prépuce, un blennorhagien atteint de balanoposthite, ont perdu la souplesse et l'élasticité de leur prépuce. Une malencontreuse érection nocturne, la nécessité de panser leur lésion cachée sous le prépuce fait découvrir le gland, mais celui-ci ne rentre plus, on est en présence d'un paraphimosis d'ordre pathologique, d'un *paraphimosis compliquant une maladie vénérienne.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — L'anneau préputial comprime les veines et laisse intact le calibre des artères ; le gonflement du gland rend le paraphimosis de moins en moins réductible ; la muqueuse du prépuce éversé devient boursouflée, infiltrée de sérosité exsudée des vaisseaux et forme, en arrière du gland, une couronne sur laquelle on remarque des plis et de profonds sillons circulaires, dont le dernier, situé à un centimètre du gland environ, contient la bride préputiale. C'est le *stade œdémateux* de l'affection.

Celle-ci date maintenant de trois à quatre jours, la gêne circulatoire s'est accrue, les tissus œdématiés sont enflammés et douloureux ; c'est à ce moment que peuvent se former, entre le prépuce et les corps caverneux sous-jacents, les adhérences qui sont parfois un puissant obstacle à la réduction du paraphimosis qui est alors au *stade inflammatoire.*

Les téguments enflammés et tendus à l'excès par l'exsudation séreuse deviennent le siège de petites nécroses, érosions, plaques de sphacèle qui, peu à peu, gagnent en profondeur, et dans les cas heureux arrivent à détruire le tissu cellulaire fibreux, cause de l'étranglement. Ce *stade ulcéro-gangréneux* est suivi d'une période de réparation plus ou moins lente suivant l'intensité des lésions qui laissent souvent après elles un œdème dur persistant.

Chez les diabétiques où la fermentation de l'urine sucrée provoque de la balanoposthite et consécutivement du phimosis, les petites ulcérations peuvent devenir le point de départ d'une suppuration phlegmoneuse intarissable, les plaques de sphacèle peuvent se convertir en gangrène étendue de la verge ; l'état général du sujet aggrave considérablement le pronostic.

Ajoutons enfin que de pareilles gangrènes s'observent encore de préférence dans les paraphimosis compliquant les lésions chancreuses.

TRAITEMENT. — Si guérir le paraphimosis se doit, le prévenir se peut.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Tous les enfants mâles ont un certain degré de phimosis qui disparaît spontanément, le gland en se développant dilatant l'orifice préputial. Chez ceux où cette dilatation est insuffisante, la surveillance des parents mettra en garde contre les manœuvres qui aboutissent à la production du paraphimosis. Chez un adolescent qui conserve un prépuce long et parfois avec adhérences au gland, un orifice préputial étroit et un frein court, le phimosis ne guérira plus spontanément, la moindre inflammation, vénérienne ou autre, du sillon préputial accroîtra le phimosis ; la **circoncision** est indiquée comme préventive du paraphimosis et aussi des inoculations vénériennes.

Aux diabétiques, on recommandera de tenir leur verge dans un état d'**extrême propreté**, des bains de verge fréquents, un nettoyage avec des tampons d'eau boriquée suivant la miction, empêcheront le développement de la balanoposthite et du phimosis consécutif.

TRAITEMENT CURATEUR. — Un traitement dit médical et un traitement chirurgical sont en présence.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Vous contenterez-vous, vous fiant à la guérison spontanée du paraphimosis dans la plupart des cas, de calmer la douleur et l'inflammation par des applications chaudes et antiseptiques (**eau blanche**, eau boriquée, eau-de-vie camphrée), en attendant que l'organe se décongestionne, ou plutôt que la bride qui l'enserre soit détruite par le sphacèle ? Non ; car vous exposez le malade à la formation d'adhérences qui rendent le paraphimosis irréductible, parce que vous ne pourrez pas limiter à la seule bride l'ulcération ou la grangrène, parce que les cicatrices qui en résulteront pourront nécessiter une opération consécutive.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Suivant le stade atteint par la lésion, les moyens à employer seront variables.

Stade œdémateux. — Au stade œdémateux et lorsque les ulcérations sont peu étendues, avant tout autre traitement essayez la réduction manuelle ; elle sera facile en général.

Technique du taxis. — Savonnez et désinfectez la verge à l'eau boriquée ou au sublimé à 1 pour 4000. Un badigeonnage ou l'application de tampons imbibés de cocaïne à 1 pour 100, procurent une anesthésie suffisante; chez un enfant indocile l'anesthésie générale est habituellement nécessaire. Certains auteurs toutefois préfèrent ne l'utiliser qu'en dernier ressort ; la souffrance causée par la réduction prévient mieux que les remontrances le renouvellement des manœuvres qui pourraient occasionner une récidive.

Pour réduire le paraphimosis, on cherche d'abord à diminuer le volume du gland ; pour cela on l'entoure d'une compresse de gaze imbibée d'eau bouillie ou boriquée et on exerce sur lui une pression progressive, avec la pulpe des trois premiers doigts de la main droite s'il s'agit d'un enfant, avec toute la main s'il s'agit d'un adulte. Cette pression doit être continue, il faut avoir

la patience de la continuer pendant quelques minutes et l'on obtient toujours une diminution de volume du gland. A ce moment seulement on saisit la verge au-dessus de l'étranglement avec la main gauche et l'on s'efforce de faire repasser le prépuce par-dessus le gland, que les doigts de la main droite poussent en sens inverse.

Un autre procédé moins énergique et qui réussit au début du paraphimosis consiste à maintenir la verge entre les extrémités des médius et index, la main étant en supination. Les deux pouces sont appliqués sur le gland, cherchent à diminuer son volume en le comprimant et le poussent vers le prépuce que les autres doigts attirent au-devant de lui.

Stades inflammatoire et ulcéro-gangréneux. — Lorsque, à la suite du taxis, on n'a pu obtenir la réduction, ou bien quand les ulcérations ou plaques de sphacèle empêchent d'enserrer convenablement la verge pour réduire, il faut **débrider**, lever l'étranglement avec le bistouri.

Débridement. — On tire le fourreau de la verge en arrière pour ouvrir le plus possible le sillon d'étranglement; on incise alors sur la partie dorsale en commençant à un centimètre de la couronne du gland pour aller jusqu'à cinq ou six centimètres de là, en ayant bien soin d'inciser, non seulement les tissus superficiels, mais encore les brides fibreuses, qui sont le véritable agent d'étranglement, ce dont on se rend compte en écartant les lèvres de la plaie. Ce débridement dorsal, largement effectué, est préférable aux petits débridements latéraux et multiples dont la cicatrisation accroît parfois plus tard le phimosis.

Réduction du paraphimosis. — L'étranglement a cessé, il reste à faire la réduction du paraphimosis.

Il n'y a pas d'adhérences. — S'il n'y a pas d'adhérences, la réduction est alors facile ; la plaie longitudinale devient transversale, le prépuce est fendu en deux petites ailettes comme si on avait traité le phimosis par l'incision du prépuce à sa partie dorsale. On laissera les choses en l'état ou l'on complétera la circoncision en réséquant les pointes des lambeaux. Il est prudent de remettre ce complément pour une seconde séance quand il y a des ulcérations importantes ou du phlegmon de la verge.

Il y a des adhérences. — S'il y a des adhérences, le prépuce reste fixé en arrière du gland ; mais l'étranglement étant levé, on attendra que les pansements antiseptiques aient calmé l'inflammation pour compléter l'opération par une **circoncision** ; opération plus facile et qui donne un résultat meilleur que les essais de **section sous-cutanée** avec un ténotome des brides et adhérences fixées aux corps caverneux.

Technique de la circoncision. — Trois cas peuvent se présenter, dans lesquels on adopte la circoncision :

1° Le prépuce est solidement adhérent aux corps caverneux, l'incision médiane a fait cesser l'étranglement, mais la réduction est impossible.

2° Le prépuce n'étant pas adhérent, après l'incision médiane on a pu réduire ; mais on veut débarrasser définitivement le malade de son phimosis.

3° La réduction simple n'est pas possible, on décide de faire d'emblée la circoncision.

a) Circoncision en avant du gland. — C'est ce qu'on fait dans le second cas ; le prépuce est remis en place, mais fendu à sa partie dorsale ; on attire fortement en avant chacun des deux lambeaux, on le pince modérément dans un petit clamp ou une pince de Kocher au ras desquels on sectionne au bistouri ; la pince enlevée, la peau se rétracte ; d'un coup de ciseaux on résèque ce qui peut rester en excès du côté de la muqueuse, qu'on réunit à la peau à l'aide de quelques points de suture à la soie et au catgut (on se méfiera de la résorption précoce de certains catguts, aussi mettra-t-on de place en place une soie qui consolidera la suture).

b) Circoncision en arrière du gland. — La réduction, après débridement, n'a pas été possible, ou bien on veut profiter de ce que le malade est anesthésié complètement pour le débarrasser de son phimosis. On fait une incision circulaire à un centimètre en arrière du gland ; pareille incision est répétée à l'endroit où la muqueuse préputiale se continue avec la peau. Le sillon d'étranglement se trouve compris dans le manchon limité par les deux incisions ; on dissèque et l'on enlève ce manchon intermédiaire, et il ne reste plus qu'à suturer la peau et la muqueuse et à appliquer un pansement.

Le paraphimosis est compliqué de lésions vénériennes. — On s'abstiendra autant que possible d'incisions où les chancres mous s'inoculeraient presque fatalement. Dans les cas de balanoposthite, de végétations ou de chancres indurés, on pourra faire l'incision avec moins d'inconvénients, mais **on joindra au traitement du paraphimosis celui de la lésion coexistante**, on désinfectera soigneusement la région préputiale au sublimé à 1/2000 au chlorure de zinc à 1/200 ; on grattera les végétations à la curette et on cautérisera à l'acide chromique ou avec la fine pointe du thermocautère, leur base d'implantation; on pansera les chancres indurés à la poudre de calomel ou à l'hermophényl.

Le paraphimosis survient chez un diabétique. — C'est peut-être ici que le traitement d'**expectation médicale** peut se trouver indiqué, quand la réduction manuelle a échoué. Des gangrènes étendues jusqu'aux cuisses et au bas-ventre, des hémorrhagies abondantes, des suppurations dangereuses peuvent venir compliquer le plus minime débridement au bistouri, **on sera donc sobre d'interventions sanglantes.** Si l'intensité des dou-

leurs, la nécessité de limiter une inflammation trop vive, une gangrène qui menace de s'étendre viennent forcer la main, redoubler de précautions antiseptiques avant et après l'opération, et préférer à l'opération au bistouri le débridement avec le galvanocautère ou le thermocautère. Il est prudent de **s'en tenir à l'opération la plus simple et de ne pas tenter la circoncision,** si un débridement large et surtout suffisamment profond, a permis de faire cesser la constriction de la verge.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Un **Concours pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés** s'ouvrira à Paris, le lundi 19 mars 1906.

Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir trente-trois ans révolus le 1er janvier qui précède le concours ; ils devront justifier d'un stage d'une année, au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Elle devra parvenir le lundi 19 février 1906 au plus tard, au ministère de l'intérieur (1er bureau de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès), qui est exclusivement chargé de l'organisation du concours. Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de service, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Les épreuves seront toutes subies à Paris, sous le contrôle de l'inspecteur-général, président. Elles seront au nombre de six, savoir : 1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats, le maximum des points sera de trente. 2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures, le maximum des points sera de dix, les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise, cette devise sera reproduite avec le nom du candidat et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée. 3° Une épreuve sur titres ; le maximum des points sera de dix pour cette épreuve et les points devront être donnés lors de la correction des épreuves écrites. Il sera tenu compte de ces points en vue de l'admissibilité des candidats aux épreuves orales et cliniques. Ces épreuves sont éliminatoires. 4° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ; le maximum des points sera de vingt. 5° Une épreuve clinique orale. Cette épreuve portera sur un seul malade. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de l'aliéné, y compris le temps de réflexion, et vingt minutes d'exposition. Le maximum des points sera de vingt. 6° Une épreuve clinique écrite. Cette épreuve portera sur un seul malade, qui sera examiné au point de vue médical et au point de vue médico-légal. Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction d'une consultation écrite. Le maximum des points sera de vingt.

Le nombre des places mises au concours est fixé à dix ; il ne pourra, dans aucun cas, être dépassé. Aucun délai n'est garanti pour la nomination des candidats reçus au concours. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles d'aliénés, les candidats déclarés admis seront nommés suivant l'ordre de classement par mérite établi par le jury.

Sera déclaré démissionnaire tout candidat reçu qui, dans le délai de cinq ans après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pas pris possession d'aucun des postes qui lui auraient été offerts à son tour de nomination.

C'est à partir du jour de l'installation effective du médecin-adjoint que commenceront à courir ses services. Les avancements de classe pourront être accordés par le ministre, savoir : Aux directeurs-médecins et médecins en chef, après trois ans de stage au minimum dans la classe inférieure ; Aux médecins-adjoints après deux ans au minimum dans la classe précédente.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Parmi les nombreux docteurs qui viennent d'être faits **Officiers d'Académie**, nous relevons les noms suivants, qui intéressent notre région. MM. ABD EL HOUR, à Bazeilles (Ardennes) ; CANDA, à Norrent-Fontes (Pas-de-Calais) ; CARETTE, à Flixecourt (Somme) ; DEBRAY, à Laon (Aisne) ; D'HÔTEL, à Charleville (Ardennes) ; FRANQUEVILLE, à Rue (Somme) ; GOREZ, à Lille ; LEFEBVRE, à Bohain (Aisne) ; LIQUIBEN, à Oisemont (Somme) ; LE ROY DE LONGEVENIÈRE, à Etaples (Pas-de-Calais) ; PARADIS, à Quiry-le-Sec (Somme) ; TISON, à Templeuve (Nord). Nous adressons à ces confrères nos félicitations.

Parmi les **Officiers de l'Instruction publique** nous relevons le nom du docteur BORNAY, de Saint-Pol-sur-Ternoise (Pas-de-Calais), et nous lui adressons nos sincères félicitations.

— Nous relevons parmi les dernières **mutations dans le corps de santé militaire** les suivantes qui intéressent notre région. M. le médecin-major de 1re classe VINCENT est désigné pour le 120e d'infanterie à Péronne (Somme) ;

MM. les médecins-majors de 2e classe DODIAU et BOURLANGE sont désignés le premier pour le 128e d'infanterie à Abbeville, le second pour le 110e d'infanterie à Dunkerque ; MM. les médecins-aide-majors de 1re classse BRUNETIÈRE et BAILLIART sont désignés le premier pour le 147e d'infanterie à Rocroy, le second pour le 3e chasseurs à cheval à Abbeville ; M le médecin-aide-major de 2e classe TRÈVES est désigné pour le 43e d'infanterie à Lille.

Les médecins-aide-majors dont les noms suivent ont été promus aide-majors de 1re classe et maintenus à leurs postes actuels : MM. les docteurs DUMOULIN, au 128e d'infanterie à Abbeville ; VALETTE, au 72e d'infanterie à Amiens ; SERGEANT, au 110e d'infanterie à Dunkerque ; CHAUFOUR, au 29e d'artillerie à Laon ; BARBEROUSSE, au 21e dragons à Saint-Omer ; BAILLY, au 33e d'infanterie à Arras.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Sont nommés : *Commandeur*, M. le docteur PEYROT, de l'Académie de médecine ; *Officier*, M. le docteur JOSCAS, de l'Académie de médecine ; *Chevaliers*, MM. les docteurs MOSNY, COUDRAY, RITTI, TOLLEMER, de Paris ; CARLES, de Montélimar ; BRUNSCHWIG, du Hâvre ; PHOCAS, d'Athènes ; BROSSART, du Caire ; SIMON, de Buenos-Ayres ; MARAUDON DE MONTYAL, de Ville-Evrard (Seine-et-Oise) ; SCHLEMMER, du Mont-Dore ; RAUGÉ, de Challes-les-Eaux ; COURDOUAN, de Lorgues (Var) ; TUCOULAT, de Bayonne (Basses-Pyrénées).

Epidémies. — Ont été décernées la médaille de vermeil des épidémies à M. le docteur MORSLY, de Constantine ; une mention honorable à Mademoiselle BROÏDO et à M. SIGOT, internes à l'hôpital de Constantine.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs DEVALZ, des Lèves (Gironde) ; FERRAN, de Ginestas (Aude) ; Louis DE WECKER, de Paris.

Floris JACQUART, de Wasquehal (Nord), à 73 ans. Nous adressons à la famille de ce confrère, ancien interne des hôpitaux de Paris, l'expression de nos sincères et bien vives condoléances.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

4e SEMAINE DU 21 AU 27 JANVIER 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	5	7
3 mois à un an	9	3
1 an à 2 ans	»	1
2 à 5 ans	»	1
5 à 20 ans	1	3
20 à 60 ans	13	16
60 ans et au-dessus	16	18
Total	44	53

Répartition des décès par quartier : Hôtel-de-ville, 19,892 hab. ; Gare et St-Sauveur, 27,670 h. ; Moulins, 24,947 hab. ; Wazemmes, 36,782 hab. ; Vauban, 20,381 hab. ; St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab. ; Esquermes 11,381 hab. ; Saint-Maurice, 11,212 hab. ; Fives, 24,191 hab. ; Canteleu, 2,836 hab. ; Sud, 5,908 hab.

	Hôtel-de-ville	Gare et St-Sauveur	Moulins	Wazemmes	Vauban	St-André et Ste-Catherine	Esquermes	Saint-Maurice	Fives	Canteleu	Sud	Total
NAISSANCES par Quartier	7	13	19	30	9	11	7	7	9	4	4	120
TOTAL des DÉCÈS	6	11	13	17	7	15	9	2	10	2	2	94
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS : Autres causes de décès	3	4	1	8	3	7	3	»	2	»	»	31
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : plus de 2 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : de 1 à 2 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite : moins de 1 an	»	»	1	2	»	1	»	»	»	»	»	4
Maladies organiques du cœur	»	1	2	1	1	2	1	1	»	»	1	10
Bronchite	»	»	1	»	1	»	»	1	3	1	»	7
Apoplexie cérébrale	1	1	»	3	»	»	1	»	»	»	»	6
Cancer	1	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	4
Autres tuberculoses	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	3
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Bronchite et pneumonie	»	2	1	»	»	1	»	»	3	»	»	7
Grippe	»	»	2	»	1	1	1	»	1	»	»	5
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Tuberculose pulmonaire	1	1	3	2	»	2	3	»	»	»	1	13
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Erysipèle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 474. Dixième Année. N° 6. Le Numéro : **10** centimes 11 Février 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Suture de rotule

revue au bout de sept ans

par M. le Professeur **H. Folet**

On a toujours plaisir à retrouver après quelques années des opérés d'hôpital que trop souvent l'on perd de vue. J'ai revu au bout de sept ans un de mes suturés de rotule dont l'histoire ne laisse pas que de présenter quelque intérêt. Je retrouve dans le registre d'observations de 1898 la note suivante qui le concerne :

Jules P..., 35 ans, charbonnier, entre le 7 mars 1898 dans le service de clinique chirurgicale de St-Sauveur, salle St-Jean, n° 22. Ayant fait une chute à la renverse, il avait contracté violemment son quadriceps droit ; et la rotule s'était cassée en deux sous cette traction violente. Les fragments sont inégaux, très faciles à rapprocher et à mettre en contact. On perçoit alors la crépitation des deux surfaces fracturales frottées l'une contre l'autre. Le membre est placé dans une gouttière postérieure plâtrée, le pied très élevé de façon à mettre la jambe dans l'hy-



perextension et à relâcher les muscles antérieurs de la cuisse.

Cet appareil est laissé plus de trois semaines en place, jusqu'au 2 avril. Ce jour-là, l'appareil plâtré est enlevé. Les deux fragments sont rapprochés et

paraissent bien rapprochés et maintenus ; mais il n'y a pas de consolidation osseuse. Le malade est laissé au lit, sans appareil. Il sort, sur sa demande, le 12 avril, marchant la jambe raide avec une canne. Atrophie musculaire marquée des muscles de la cuisse.

Le 18 avril, quarante jours après le traumatisme initial, le malade manque de tomber dans un escalier. Il fait un vigoureux effort pour se retenir ; et sous l'action d'une contraction intense du quadriceps, les deux fragments rotuliens se séparent. Jules P... est rapporté à l'hôpital. L'écartement est considérable et l'épanchement très abondant dans l'articulation du genou, lors de sa rentrée à l'hôpital. Je laisse le malade quelques jours au lit dans une gouttière ; puis j'interviens le 27 avril.

Incision semi-elliptique circonscrivant un lambeau qui, disséqué et relevé, met à nu l'article rempli de caillots noirs et mous. On vide et nettoie la cavité articulaire. Puis les deux surfaces fracturales sont avivées au bistouri à résection, et les deux fragments rapprochés sont fixés l'un à l'autre par deux fils d'argent verticaux passés successivement à travers les deux demi-lunes rotuliennes. Le périoste antérieur de la rotule est suturé au catgut, sutures cutanées au crin de Florence.

La chloroformisation a été difficile, vu l'éthylisme du malade. Gouttière plâtrée postérieure. Puis tout le membre est placé dans une gouttière en fil de fer, dont le pied est mis en élévation quasi-verticale pour bien relâcher le quadriceps.

Suites opératoires très simples, guérison *per primam*.

Le 18 mai, on enlève l'appareil plâtré. Trois jours après, on fait lever le malade, qui marche avec des béquilles, la jambe raide. Il fait néanmoins quelques petits mouvements de flexion. Atrophie musculaire notable.

Le 27 mai, il sort sur sa demande et je lui délivre le certificat suivant : « J'ai fait en avril 1898 » à Jules P... une suture de rotule pour fracture. La » raideur du genou qui en résulte et qu'il peut » assouplir par l'exercice, l'empêche pour le moment » de se livrer aux travaux fatigants. »

Une radiographie faite par mon ami le professeur Castiaux en octobre 98, montre les deux fragments bien rapprochés. L'une des sutures métalliques a cassé.

Je perds de vue Jules P... durant 7 ans. Il rentre à l'hôpital en octobre 1905 pour une fistule anale.

Je ne le reconnais naturellement pas et c'est lui qui me met au courant de son passé pathologique. Le genou a repris toute sa souplesse ; la musculature, toute sa force. Cinq ou six fois de suite le malade étend et fléchit au maximum sa jambe sur la cuisse avec une rapidité, une aisance et une énergie parfaites. Il exerce d'ailleurs le rude métier de déchargeur de bateaux, marche et travaille toute la journée sans fatigue.

A l'examen de la rotule, celle-ci a priori semble ne faire qu'un bloc osseux. Mais si l'on prend avec soin la partie supérieure de l'os entre le pouce et l'index droits, la partie inférieure entre le pouce et l'index gauches et que l'on cherche à imprimer des mouvements de latéralité, on constate que les deux anciens fragments sont très légèrement mobiles l'un sur l'autre. Evidemment, j'ai abrasé, lors de mon opération, les fragments du cal fibreux rompus, et cru mettre en contact immédiat les surfaces fracturales osseuses ; mais il restait sur ces surfaces une couche de gangue fibroïde, si bien que je n'ai pas obtenu une fusion osseuse, mais une réunion de surfaces fibreuses coaptées. Seulement, les sutures métalliques, en maintenant longtemps les fragments bien rapprochés, ont amené la réunion par des liens fibreux denses, multiples, inextensibles, suivant une épaisseur au moins égale à celle de l'épaisseur normale du tendon du quadriceps, et produit finalement une sorte de symphyse aussi solide que la symphyse pubienne, de synarthrose aussi serrée que l'articulation sacro-iliaque. La suture métallique a été utile au blessé. Elle n'a pas effectué la *restitutio ad integrum* de la rotule, la soudure osseuse des fragments rotuliens. Le cal a même cédé à la traction musculaire, puisque six mois après, comme le prouve la radiographie Castiaux, un des fils métalliques était cassé ; et le second s'est rompu à une époque ultérieure, la radioscopie toute récente fait entrevoir les deux fils d'argent rompus. Ceci démontre qu'il y a eu un léger allongement du cal fibreux. Mais l'allongement a été minime et ne s'est pas indéfiniment accru. L'agraffage métallique a maintenu les morceaux de rotule rapprochés assez longtemps pour que les liens fibreux interfragmentaires, denses, solides, épais, quasi inextensibles, constituent un nouveau système tendineux du quadriceps, de structure ostéo-fibreuse, presque aussi puissant et aussi utile que le serait le tendon normal.

Sur un cas de paratyphus

Par le docteur **Deléarde**, agrégé, chargé du cours de clinique médicale infantile.

Les cas de paratyphus, qui ont été l'objet d'études récentes, ne sont pas tellement fréquents que la relation d'une observation de cette maladie ne puisse présenter quelque intérêt. Si cette publication n'avait

d'autre résultat que d'attirer l'attention des cliniciens sur cette affection, souvent méconnue parce qu'elle n'est pas recherchée ou parce qu'elle est encore ignorée, nous nous estimerions heureux d'avoir été un des premiers à la signaler dans la région du Nord.

Voici, résumée, l'histoire d'un petit malade, soigné dans le service de la Clinique médicale infantile de l'Hôpital Saint-Sauveur, et qui a présenté tous les signes classiques d'une forme particulière du paratyphus.

Le 15 décembre 1905 entre dans mon service le jeune Ch..., Henri, âgé de 4 ans et demi, malade depuis une huitaine de jours. Les parents ont remarqué que leur enfant avait peu à peu perdu l'appétit; il se plaignait de fatigue précoce, de courbature, de céphalée; les 10 et 13 décembre il a saigné du nez; dans la journée du 14 il rend les aliments, et depuis le début de sa maladie le sommeil est agité.

Comme antécédents personnels du petit malade on relève la varicelle à 11 mois, la rougeole à 2 ans.

L'enfant est d'apparence vigoureuse sans signes de rachitisme.

L'examen de la poitrine ne décèle rien d'anormal; le pouls est à 130 mais régulier et bien frappé. Le ventre est ballonné, le foie déborde légèrement les fausses côtes et la rate est percutable sans présenter toutefois un volume exagéré. La langue est saburrale. Traitement le jour de l'entrée. Huile de ricin, 10 gr. Lait et tisane en boisson.

Du 15 au 19 décembre, les signes de prostration augmentent, l'enfant présente le facies hébété du typhique, cependant pas de taches rosées. Il a de la constipation; la langue est sèche, le ventre reste ballonné, pouls à 132. Après un nouveau purgatif, le 19 décembre, on commence la balnéation à 30°-32°, régulièrement, toutes les trois heures, jour et nuit. Boissons abondantes composées de lait coupé d'eau de Contrexeville et de tisane de queues de cerise. Le séro-diagnostic fait le 19 décembre reste négatif au 1/10.

Le 20 décembre, l'aspect typhique s'affirme nettement. Le foie déborde franchement les fosses côtes de deux travers de doigt, son bord convexe remonte à hauteur du mamelon droit. Dans le dos et dans la région lombaire apparaissent quelques taches rosées lenticulaires s'effaçant à la pression.

Le 21 décembre, quelques râles de bronchite, pouls à 140.

Le 22 décembre, la constipation et le ballonnement du ventre persistant, on donne à l'enfant deux lavements froids par jour. La langue est sèche et quelques fuliginosités couvrent les lèvres et les dents. Les taches rosées se montrent en grande abondance sur le ventre et sur la poitrine; pouls à 140, mais régulier.

Du 22 au 27 décembre, l'état reste le même, l'enfant est soumis aux bains tièdes et aux lavements froids. Il boit facilement et urine 2 litres à 2 litres 1/2 par jour, pas d'albumine.

Le pouls se maintient à 140. La bronchite s'étend aux bronches moyennes, surtout à droite. Injection de 1 c. c. d'huile camphrée à 5 0/0. La température, qui avait semblé s'abaisser les 25 et 26, remonte le 26 au soir à 39°8.

Le 29 décembre les taches rosées sont très nombreuses sur tout le corps; le ventre est moins ballonné, pas de gargouillement dans la fosse iliaque; la matité splénique s'étend sur une hauteur de quatre travers de doigt. L'enfant ne va à la selle qu'avec les lavements froids. Les matières fécales sont d'un jaune ocre.

Nouveau séro-diagnostic négatif au 1/20.

Le pouls est descendu à 130. On cesse d'employer l'huile camphrée. A partir du 31 décembre les phénomènes vont en diminuant, la température commence à descendre, les taches rosées pâlissent puis disparaissent, le ventre est normal, mais la constipation persiste, le foie diminue de volume, la rate reste percutable. Le pouls est à 90 le 3 janvier 1906. Il n'a plus été possible de recueillir les urines car l'enfant, à la suite des boissons abondantes qu'il absorbait, urinait sous lui.

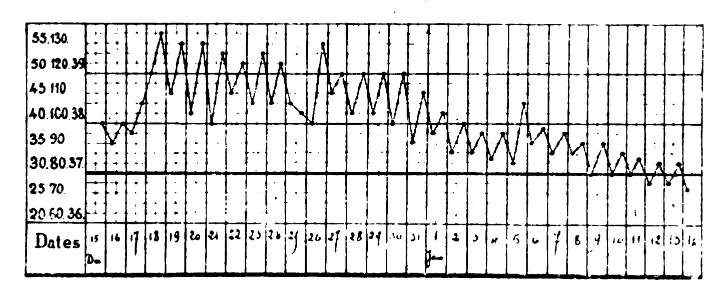
Il s'est même produit de ce fait quelques excoriations dans la région sacrée et c'est leur infection qui a amené une légère augmentation de la température à la date du 5 janvier.

Des pansements au tannin iodoformé (10 gr. d'iodoforme pour 100 gr. de tannin) ont amené en quelques jours la cicatrisation des excoriations.

A partir du 3 janvier on réduit les bains à 3 par jour, on les supprime le 10 janvier. L'enfant a une selle naturelle, semi-liquide, depuis le 5 janvier.

Le 12 janvier on recommence l'alimentation par des potages aux pâtes et l'enfant, que l'on peut considérer comme guéri, est repris par sa famille, malgré nos instances, le 14 janvier.

Si on consulte la courbe thermique ci-jointe on



remarquera un abaissement passager de la température le 25 décembre; la reprise du 26 peut être considérée, à mon avis, comme une rechute et je soupçonne fortement la mère de l'enfant de lui avoir apporté du dehors, et cela malgré nos recommandations, quelques friandises. Il faut noter également l'ascension brusque du thermomètre au début de la maladie. En une journée la température monte de 38° à 39°8, point maximum qu'elle ait atteint pendant toute la durée de l'affection. Si on place la période d'invasion quelques jours avant le 10 décembre, date de la première épistaxis, soit le 6 ou 7 décembre, alors que l'enfant se plaignait déjà de lassitude et de lourdeur à la tête, on en conclura que le malade est

entré à l'hôpital vers le neuvième jour de la maladie. Celle-ci a duré 27 jours, la disparition de tous les signes d'infection s'étant dissipés et la température étant redevenue normale à partir du 11 janvier.

Afin d'isoler le microbe pathogène de cette infection dont l'évolution avait ressemblé en tout point à une fièvre typhoïde classique, mais dont le séro-diagnostic était resté négatif à deux reprises en pleine période d'état de la maladie, j'ai fait une ponction de la rate le 5 janvier et la pulpe splénique a été ensemencée sur gélose et sur bouillon peptoné. Au bout de 24 heures d'étuve à 37° les ensemencements ont donné, à l'état de pureté, un microbe dont les caractères morphologiques et biologiques ont été étudiés à l'Institut Pasteur par mon confrère et ami le Dr VANSTEENBERGHE, lequel m'a remis la note ci-jointe :

Caractères microscopiques. — 1° Bacille mobile, ne prenant pas le Gram, présentant en son centre un léger espace clair, bien mis en évidence par la coloration à la thionine,

Cultures. — Cultures en bouillon et eau peptonisée : trouble caractéristique, ondes moirées dans le liquide, pas de membranes à la surface des tubes de culture.

Sur gélose peptonisée : Colonies grises irisées.

Sur gélatine : Colonies identiques, pas de liquéfaction.

Sur pomme de terre : Vernis grisâtre à la surface.

Sur lait. Développement abondant, pas de coagulation.

Sur lait tournesolé : Le 2e jour virage au rouge pâle.

Sur bouillon lactosé tournesolé : légère production de bulles gazeuses et virage au rose.

Le bacille fait légèrement fermenter la lactose. Il ne donne par traces d'indol dans les cultures.

Agglutination. — Les cultures homogènes ne sont nullement agglutinées par un sérum antityphique actif au 100.000e. Réaction nulle avec différents sérums d'individus atteints de fièvre typhoïde.

Le bacille est au contraire nettement agglutiné par le sérum du malade au 1/50 et faiblement au 1/100. Il s'agit donc bien d'un bacille paratyphique. »

Qu'est-ce donc que le paratyphus ? Il nous faut faire pour décrire, sinon en détail, du moins dans ses grandes lignes, cette affection, un rapide historique de la question. Avant que WIDAL eut fait connaître la propriété que possède le sérum sanguin d'un typhique d'agglutiner le bacille d'EBERTH, quelques auteurs, ACHARD et RENAULT, GILBERT et LION, avaient étudié des microbes très voisins du bacterium coli commune et s'en différenciant par certains caractères. Les affections paracolibacillaires causées par ces microbes étaient connues.

En 1888 GAERTNER isolait son bacillus enteridis, en 1890 BABES trouvait dans les selles et les organes humains au cours d'affections intestinales un bacille se rapprochant du bacille typhique. C'était l'ébauche des découvertes futures et en 1896 ACHARD et BENSAUDE relataient deux observations de malades chez lesquels le sérodiagnostic de WIDAL fut négatif et dont les organes contenaient un microbe paratyphique, c'est-à-dire très voisin mais non identique au bacille d'EBERTH. Ils donnèrent le nom d'infection paratyphique à la maladie dont l'allure clinique ressemblait à la fièvre typhoïde tant par son évolution que par les complications, hémorrhagie intestinale, phlébite, phénomènes broncho-pulmonaires et arthrite purulente qu'ils avaient relevés chez les deux malades. Les travaux de ces auteurs et la thèse de BENSAUDE en 1897 furent le point de départ des recherches à l'étranger. En Amérique GWYN d'abord, 1897, signale plusieurs cas de paratyphus, puis CURHING isole d'une ostéomyélite chondro-sternale survenue après une prétendue fièvre typhoïde, un bacille paratyphique. Les observations se multiplièrent alors ; en Allemagne, SCHOTTMULLER décrit 7 cas de paratyphus à Hambourg, KÜRTH à Brême 5 cas, en 1900-1901.

Des épidémies sont signalées à Saarbrück, à Jassy en Roumanie, à Eibergen en Hollande, ainsi que de nombreux cas isolés, si bien que RONNEAUX en réunit plus de 160 cas dans sa thèse en 1904. La revue générale de BENSAUDE et RIVET (Gaz. des Hôpitaux. Août 1904), les publications récentes de SACQUEPÉE et CHEVREL (Soc. méd. des Hôp. de Paris, Déc. 1905), de NETTER (Soc. Biologie et Soc. méd. des Hop. Nov. Déc. 1905), de GUINON et PATER (Soc. de pédiatrie, Nov. 1905) représentent la liste à peu près complète des travaux parus sur le paratyphus.

D'après NETTER les microbes rencontrés dans les affections rangées sous le nom de paratyphus sont au nombre de 4.

1° Le bacille paratyphique A. de BRION et KAYSER.

2° Le bacille paratyphique B. de CONRADI.

3° Le bacillus enteridis de GAERTNER ;

4° Le bacillus breslawensis de FLÜGGE et KÄNSCHE.

C'est dans le sang, dans la rate, dans les urines, les selles et les crachats que l'on rencontre ces microbes pathogènes.

Les caractères de leurs cultures sont les suivants: sur bouillon ils ne dégagent aucune odeur et ne forment pas de pellicule à la surface, se rapprochant ainsi de l'Eberth et se différenciant du bacterium coli. Ils ne donnent pas d'indol sur eau peptonée, ils ne coagulent pas le lait ainsi que le bacille d'Eberth et contrairement au bacterium coli. Sur pomme de terre les cultures sont plus visibles que celle de l'Eberth mais moins exhubérantes que celles du coli. Sur gélose elles donnent des colonies opaques comme le coli.

Leur forme est identique à celle de l'Eberth et du coli ; ils sont très mobiles, grâce à la présence de cils nombreux à chacune de leurs extrémités.

On peut dire d'une façon générale qu'ils sont plus proches parents de l'Eberth que du coli.

Mais ce qui les sépare nettement de ces deux micro-organismes c'est leur propriété d'être agglutinés par le sérum du malade n'ayant aucune action sur l'Eberth ni sur le coli. C'est en effet ce qui se passe dans la majorité des cas, cependant on rencontre des exemples où le sérum de l'individu infecté agglutine en même temps et l'Eberth et le paratyphique.

Il y a en pareille circonstance à rechercher le pouvoir agglutinatif limite qui permet de constater qu'alors que le bacille d'Eberth est agglutiné au 1/50 ou au 1/100 par exemple, le microbe paratyphique est agglutiné dans des dilutions extrêmement étendues au 1/500 ou au 1/1000.

C'est ainsi que j'ai observé dans mon service un jeune malade de 13 ans dont le sérum agglutinait l'Eberth d'une façon massive au 1/100, et le paratyphique seulement au 1/20. Il y avait eu chez lui une infection double, éberthienne et paratyphique, mais la première avait été plus profonde que la seconde; des cas semblables ne sont pas à ranger parmi les affections paratyphiques, ce sont des fièvres typhoïdes. En ce qui concerne l'étiologie, il résulte des observations publiées que l'origine hydrique est, sinon de règle, du moins la plus fréquente. Les cas de Sacquepée et Chevrel sont nettement positifs à cet égard. On a également cité l'ingestion des huîtres Netter) et de la viande corrompue (Fischer), épidémie de Kiel, Gaertner, épidémie de Frankenhausen). Cette dernière cause éloignerait les infections paratyphiques de la fièvre typhoïde qui ne se contracte jamais par la viande.

Symptomatologie ; Netter distingue quatre formes cliniques de l'infection paratyphique par le bacille de Gaertner.

1° La forme intermittente, ressemblant à l'impaludisme, amenant une fièvre s'élevant à des chiffres de 40° et se répétant à des époques régulières séparées par des périodes d'apyrexie plus ou moins longues, et la forme rémittente, caractérisée par une apyrexie matinale et une fièvre élevée le soir, cet état se prolongeant plusieurs jours ou plusieurs semaines.

2° La forme continue. Elle reproduit le tableau classique de la dothiénenthérie avec toutefois une particularité, c'est la différence assez considérable entre la température du matin et celle du soir. Sa durée peut être longue, 93 et 102 jours dans deux cas cités par Netter, mais en général elle n'excède pas deux ou trois semaines. L'ascension de la température s'installe brusquement, et la chute est rapide. Sa description rappelle celle de la fièvre typhoïde; elle s'en rapproche en effet par tous les signes ordinaires relevés au cours de la période de début et de la période d'état, céphalée, épistaxis, vomissements, taches rosées, phénomènes broncho-pulmonaires, et par les complications du côté de l'appareil cardio-vasculaire (phlébite, troubles cardiaques) du système osseux (ostéite, périostite), et de l'appareil digestif, (hémorrhagie intestinale). Le petit malade dont l'observation est relatée plus haut a présenté cette variété clinique, l'évolution de sa maladie a rappelé celle d'une fièvre typhoïde normale, bénigne, avec une rechute de courte durée.

3° Les formes dites accompagnées où les localisations sur le poumon, la plèvre, l'endocarde font penser à la grippe, à la tuberculose et ne sont cependant autre chose que des manifestations locales de l'infection paratyphique. Enfin il faut signaler également les cas assez nombreux d'ictère catarrhal fébrile dans lesquels Netter a rencontré le bacille paratyphique A. de Brion et Kayser.

Diagnoctic: Le paratyphus demande à être recherché. Aucun de ses symptômes n'est pathognomonique, sous quelque forme localisée ou généralisée que se déroule cette affection. On peut le soupçonner mais le séro-diagnostic seul permet de l'affirmer. Si on ne possède pas d'échantillon de paratyphique on devra commencer par isoler du sang, de la rate, de l'urine, des selles ou des crachats des malades le microbe suspecté et l'on procédera alors à la séroréaction au moyen du sérum du patient avec l'Eberth et avec le

paratyphique, après en avoir reconnu les caractères morphologiques et biologiques qui le rapprocheront des espèces déjà connues. Dans le cas où le microbe isolé est seul agglutiné, il n'y a pas de doute au sujet du diagnostic, c'est bien du paratyphus. Si l'Eberth et le paratyphique sont agglutinés, celui des deux microbes que l'on considérera comme spécifique de l'infection observée sera celui qui provoquera la séro-réaction avec les dilutions les plus étendues.

Le pronostic du paratyphus est bénin. Même les formes prolongées se terminent sans accroc et si quelques complications surgissent au cours de la maladie elles revêtent rarement un caractère de gravité.

Traitement : Il n'y a pas de traitement spécial.

Toutes les méthodes thérapeutiques habituellement dirigées contre l'hyperthermie, l'infection généralisée ou localisée sont à recommander dans le paratyphus.

Les formes prolongées réclament les boissons abondantes, la balnéation froide ou tiède suivant les cas, la médication tonique. NETTER prône le collargol en friction ou mieux en potion à la dose de 0 gr. 30 cgrs chez les enfants à partir de 5 ans.

A propos d'un cas d'épilepsie menstruelle

par R. Cannac, externe des hôpitaux

Nous avons observé cette année, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, une malade présentant des crises d'épilepsie menstruelle et nous avons voulu à propos de ce cas en revoir brièvement les causes et chercher quelle est la fréquence de cette affection et quelle place elle occupe actuellement dans la médecine.

OBSERVATION. — X..., trente-quatre ans, soignée dans le service de M. le professeur COMBEMALE pour mal de Pott, n'ayant pas été réglée depuis deux mois, a une crise d'épilepsie le 27 octobre 1905, ses règles viennent trois jours après. Nous l'interrogeons et nous apprenons que la malade qui, au mois de juillet, eut des règles normales, avait eu avant cette époque une période de vingt-trois mois pendant laquelle elle n'avait pas été réglée et où elle avait eu des crises d'épilepsie chaque mois à la date où ses règles auraient dû se montrer. Le 28 novembre elle eut ses règles le matin et une crise le soir.

Voilà une malade qui nous présente la plus grande variété dans l'apparition de ses crises qui tantôt précèdent, tantôt suivent, tantôt remplacent ses règles.

Depuis très longtemps l'on sait que la suppression des règles peut amener une crise d'épilepsie congestive (FRANCK) la suppression des règles agissant ici comme toute suppression d'un flux de sang habituel, TRUC rapporte le cas d'un vicaire chez qui la suppression d'une hémorrhagie anale trimestrielle habituelle fut suivie d'une attaque d'épilepsie, améliorée par le retour des hémorrhoïdes produit par des ventouses, des fumigations anales ou par une déperdition sanguine au moyen de sangsues. Cette congestion, cette véritable fluxion menstruelle pourra amener une crise même lorsque les règles se produisent, car SIREDEY et FRANCILLON nous apprennent qu'il y a accroissement de la pression artérielle au début de l'époque menstruelle et Alexandre PARIS nous dit que la turgescence des glandes génitales amène par action réflexe une excitation du côté de l'encéphale.

Mais la suppression des règles intervient encore par un autre facteur des plus importants, le défaut d'élimination de produits toxiques, déchets de la nutrition organique qui produiront une hyperexcitabilité corticale pouvant amener une crise. Pour KRAINSKY, pour PAULET, la toxine à incriminer serait le carbaminate d'ammonium s'accumulant dans le sang. Le sang menstruel renferme du reste des quantités notables d'arsenic et d'iode, car c'est par lui que s'éliminent les réserves iodées et arsenicales de la thyroïde. SCHMONCKLER a démontré que la menstruation exonérait l'organisme de produits très toxiques, CHARRIN trouve le sang au moment des règles plus toxique que le sang normal. Chez notre malade il y a accumulation de ces poisons, les fonctions utérine et ovarienne étant supprimées chez elle comme au cours d'une grossesse, et nous pouvons même nous demander avec VIRES si la suppression de la sécrétion ovarienne ne permettrait pas chez elle l'apparition de poisons nouveaux que la sécrétion normale a pour mission de détruire.

Nous comprenons très bien que la cellule corticale motrice empoisonnée et subissant des perturbations de pression sanguine s'irrite et réagit par la crise d'épilepsie ; et nous disons perturbation à dessein, car DECOPMANN nous parle de crises d'épilepsie par anémie cérébrale chez les femmes qui perdent trop de sang au moment des règles.

Ces explications sont du reste en accord avec les faits suivants : TOULOUSE et MARCHAND trouvent que l'opothérapie ovarienne chez les épileptiques dysménorrhéiques diminue les accès en rétablissant le flux

menstruel. **Brennan** rapporte le cas d'une malade qui se présentant pour des attaques d'épilepsie survenant aux époques menstruelles fut traitée avec succès par la transplantation ovarienne. **Marchand** parle d'un cas d'épilepsie survenu après une ovariotomie double où les accès semblèrent, du moins les premiers, remplacer les règles disparues.

L'épilepsie menstruelle est, comme on le voit, bien connue ; il y a un an à peine, **Maguin** rapportait le cas d'une jeune fille qui a eu un accès à l'établissement de ses règles et chez qui depuis à chaque menstruation revient un accès.

La dernière crise de notre malade, celle qui a suivi à quelques heures d'intervalle ses règles du mois de novembre, nous paraît reconnaître en plus des causes étudiées une autre dont nous n'avons pas encore parlé, le nervosisme de la malade qui attend sa crise, qui est étonnée de ne pas l'avoir, qui y pense continuellement et qui crée à son insu une prédisposition particulière, malade chez laquelle en plus des actions mécanique, toxique et névropathique, il faut voir intervenir avec Alexandre Paris un changement dans l'activité encéphalique causé par l'accroissement de l'activité fonctionnelle du corps thyroïde à chaque menstruation.

BIBLIOGRAPHIE

Alexandre Paris. — *Archives de Neurologie*, 1904.
Brennan. — *Gaz. de gynécologie*, Paris 1903.
Krainsky. — *The Alienist and Neurologist*, 1898.
Maguin. — *Echo Médical du Nord*, 1904.
Marchand. — *Revue de Psychologie*, 1899.
Marchand. — *Echo Médical du Nord*, 1902.
Paulet. — *France médicale*, 1867.
Siredey et Francillon. — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1905.
Toulouse et Marchand. — *Revue de Psychologie*, 1899.
Truc. — *Lyon médical*, 1885.
Vires. — *Montpellier médical*, 1905.

Deux cas d'ostéomyélite prolongée

observés à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital St-Sauveur

par **J. Minet**, interne, et **P. Hannard**, externe des hôpitaux.

Lorsqu'un foyer d'ostéomyélite a évolué avec ses symptômes habituels, lorsque la fièvre est tombée, et lorsque s'est fermé l'orifice, spontané ou provoqué, par où se sont éliminés le pus et souvent le ou les séquestres ; lorsque, en un mot, tout semble être rentré dans l'ordre, la guérison peut très bien n'être qu'apparente. Plusieurs mois, plusieurs années même après la première atteinte, on voit parfois se développer ou une hyperostose, ou un abcès osseux, ou une nécrose, soit au niveau du point osseux primitivement lésé, soit en tout autre point du squelette.

Les faits de ce genre sont loin, néanmoins, d'être courants. Aussi fréquente est l'ostéomyélite aiguë (depuis sa forme larvée, la fièvre de croissance, jusqu'à ses formes les plus sérieuses avec vastes éliminations osseuses) ; aussi rare est ce que **Lannelongue** a appelé l'ostéomyélite prolongée. Nous venons, dans le service de M. le professeur **Folet**, d'en observer deux cas simultanés, survenant des années après l'apparente guérison des premiers phénomènes ostéomyélitiques.

Le peu de fréquence de tels accidents ; l'intérêt particulier d'une localisation exceptionnelle (l'un atteignant le fémur, l'autre l'humérus) ; et enfin l'aspect clinique spécial de l'un des cas (ostéite névralgique), telles sont les raisons qui nous ont poussés à les publier ici.

Observation I. — A... Joseph, trente-deux ans, charretier, entre à l'hôpital, le 7 novembre 1905, au lit n° 28, salle St-Jean. Rien à signaler d'intéressant, dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Il y a quinze ans, donc à l'âge de dix-sept ans, il fit, en glissant, une chute sur le bras droit ; à la suite de cette chute, au bout de deux ou trois jours, le membre tout entier enfla et devint rouge ; la douleur à ce moment fut médiocre, sans points localisés. Le gonflement et la rougeur durèrent seulement quelques jours, et bientôt tout rentra dans l'ordre, sans que le malade eût besoin de faire appel à un médecin. A vingt et un ans, il fit son service militaire ; après quelques semaines d'exercice, et sans traumatisme direct appréciable, A.. vit le même bras rougir à nouveau et enfler ; il entra aussitôt à l'hôpital militaire, où on lui fit deux incisions, l'une à la partie supérieure et interne du bras, l'autre à la partie supérieure et postérieure. Par ces incisions sortit, dit-il, beaucoup de pus, et des esquilles ; il ne se rappelle pas si l'on pratiqua alors un grattage de l'humérus. Les deux plaies, drainées, suppurèrent pendant environ quatre mois. Elle finirent par se cicatriser, sans laisser de fistules. Depuis cette époque jusqu'en ces derniers temps, c'est-à-dire environ depuis dix ans, le malade ne souffrit plus jamais de son bras.

Environ quinze jours avant son admission à l'hôpital, les douleurs sont revenues, fréquentes, lancinantes et extrêmement aiguës. Le bras tout entier et la partie supérieure de l'avant-bras se sont enflés considérablement, dit-il, et ce gonflement n'a cédé quelque peu qu'à des grands bains et à des pansements humides, traitement appliqué chez lui ; il dit n'avoir pas eu de fièvre.

A son entrée à l'hôpital, l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, et A... immobilise complètement ses articulations du coude et de l'épaule, tout mouvement du membre étant douloureux. Le tiers

inférieur du bras, tout l'avant-bras et la main, sont œdémateux, sans rougeur ni chaleur. On retrouve à la partie supérieure du membre, les cicatrices des deux incisions faites à l'hôpital militaire. La palpation ne permet de découvrir aucun point fluctuant; mais la pression est tout particulièrement douloureuse au niveau de l'épitrochlée et quelques centimètres au-dessus. Tous les mouvements du membre sont possibles, mais douloureux. Pas de ganglion épitrochléen ; un petit ganglion axillaire, dur et incolore à la pression.

On enveloppe l'avant-bras et le bras dans de grandes compresses imbibées d'eau bouillie, recouvertes d'une toile imperméable ; sous l'influence de ce traitement, continué pendant huit jours, le gonflement du membre disparaît à peu près complètement, la région du coude reste cependant un peu empâtée et le point épitrochléen subsiste, très net. Pas de fièvre.

Le 14 novembre, après anesthésie à l'appareil de Ricard, M. Folet pratique une incision de cinq centimètres à la partie inféro-interne du bras. Avant d'arriver sur l'humérus et sur l'épitrochlée, le bistouri traverse un tissu très dense, d'une épaisseur de un centimètre à un centimètre et demi, criant sous le couteau et saignant beaucoup. On arrive enfin sur l'os qui, après l'incision du périoste, paraît indemne et où ni la sonde cannelée ni le poinçon ne permettent de découvrir aucun point ramolli. On referme avec les griffes de Michel, en laissant dans la plaie, au contact de l'épitrochlée, une mèche de gaze iodoformée.

Suites opératoires normales ; la mèche est retirée le quatrième jour : pas d'élévation de température, les douleurs sont complètement disparues. Le malade sort guéri le 2 décembre 1905.

Observation II. — M... François, 46 ans, entre à l'hôpital le 10 novembre 1905, envoyé par M. le docteur Deleneuville, de Wavrin.

Son père est mort d'apoplexie cérébrale il y a quelques années ; sa mère et ses cinq frères et sœurs sont en bonne santé. Lui-même n'a jamais eu de maladie grave ; il se rappelle seulement que pendant son enfance il fut plusieurs fois retenu au lit par de petits accès de fièvre survenant sans cause appréciable, et que son médecin déclara être de la fièvre de croissance. A l'âge de 23 ans, il aurait éprouvé, à la cuisse droite, une forte contusion.

Il y a huit ans, c'est-à-dire à l'âge de trente-huit ans, pour la première fois, il commença à éprouver des douleurs, d'ailleurs peu intenses, dans la cuisse droite ; la cuisse, raconte-t-il, enfla, principalement à sa partie moyenne ; en même temps, il avait de la fièvre ; enfin, au niveau de l'épaule gauche, à la face supérieure de la clavicule, le malade présenta une lésion suppurée, qu'il qualifie du nom d' « anthrax », et qui s'accompagna d'adénite axillaire et de difficulté dans les mouvements du bras gauche et des doigts de la main gauche ; après une semaine environ, la fièvre tomba, la tuméfaction de la cuisse diminua, l' « anthrax » de l'épaule se vida et se cicatrisa; toute douleur disparut.

Deux ans après, nouvelles douleurs, avec fièvre, et formation de deux abcès à la partie inférieure de la cuisse, l'un en dedans et l'autre en dehors. Ces abcès furent ouverts, livrèrent passage à du pus et à des esquilles ; l'une des ouvertures resta un moment fistuleuse, l'autre se cicatrisa très vite : les accidents durèrent en tout deux mois.

Depuis lors, les douleurs avaient disparu ; mais la cuisse tout entière restait un peu tuméfiée ; la fistule, de temps à autre, s'entr'ouvrait pour laisser échapper une goutte de pus ; et la marche était difficile et pénible à cause de la raideur musculaire.

Enfin, il y a six semaines, le malade recommença à souffrir, il eut à nouveau de la fièvre, pendant une quinzaine de jours ; sa cuisse se tuméfia dans toute sa hauteur.

Actuellement, le malade se présente avec la jambe en légère flexion sur la cuisse. On trouve, à la partie inférieure de la cuisse, les deux cicatrices des abcès anciens, dont l'une, l'interne, laisse sourdre une goutte de pus, et dont l'autre, l'externe, est complètement refermée. Les ganglions inguinaux du côté droit sont gros et durs. La cuisse même est un peu douloureuse spontanément ; cette douleur n'est guère augmentée par la palpation, mais elle est très exagérée par la flexion provoquée de la jambe sur la cuisse ; on n'arrive à mobiliser que très peu l'articulation du genou, tant le malade semble souffrir à l'occasion de ces mouvements. La douleur, à ce moment, siège à la partie moyenne de la cuisse ; d'ailleurs, l'articulation fémoro-tibiale paraît saine. La partie moyenne de la cuisse est le siège d'une tuméfaction assez dure, non dépressible, indépendante des parties molles et faisant corps avec le fémur ; cette tuméfaction n'a pas de limites nettes et semble descendre assez bas vers l'épiphyse inférieure. La peau qui la recouvre n'est nullement altérée.

M. Folet pose le diagnostic d'ostéomyélite à répétition de l'extrémité inférieure du fémur, avec ostéo-périostite de la partie moyenne. Il pratique, le 16 novembre, au niveau de la fistule suppurante, une incision de quelques centimètres qui permet d'extraire un séquestre étroit et allongé, situé à trois ou quatre centimètres de la surface cutanée, dans du tissu fibreux de néoformation. L'exploration à ce niveau ne permettant pas d'arriver sur le fémur, on bourre la petite plaie de gaze iodoformée et on y fait un pansement simple. Puis, on profite de l'anesthésie pour appliquer, au niveau de la tuméfaction de la partie moyenne de la cuisse, plusieurs centaines de pointes de feu.

Suites opératoires normales : pas d'élévation de température. Le premier pansement est fait au quatrième jour : il n'a pas de suppuration. Le malade, pressé de retourner chez lui, sort le samedi 24 novembre. La plaie est presque complètement cicatrisée et ne suppure pas ; la tuméfaction de la partie moyenne de la cuisse est notablement diminuée et n'est plus douloureuse ; du fait de la disparition de la douleur, les mouvements du genou sont redevenus à peu près normaux.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'intérêt de ces

deux observations réside d'abord dans la rareté de l'ostéomyélite prolongée. On ne voit pas fréquemment cette infection se réveiller tout d'un coup, après avoir sommeillé pendant des années et avoir été oubliée souvent par le malade lui-même. Ces cas avaient été entrevus par GERDY, mieux compris déjà par GOSSELIN. Ils furent particulièrement étudiés par LANNELONGUE et par COMBY, son élève. LANNELONGUE cite l'exemple d'un malade dont l'ostéite ne se réveilla qu'après un demi-siècle ; OLLIER, GOLAY, rapportent quelques cas analogues. Assurément, notre premier malade n'a pas eu un aussi long répit, puisque son ostéomyélite est réapparue dix ans après la première attaque. Mais le deuxième avait 38 ans lorsque, à son dire, apparurent les premiers symptômes ; il reconnaît cependant avoir fait de la fièvre de croissance dans sa première enfance. Or, on le sait, la fièvre de croissance est précisément une forme larvée, embryonnaire, d'ostéomyélite ; et, comme l'écrit MAUCLAIRE (Traité de chirurgie de LE DENTU et DELBET, maladie des os), « il y a souvent une première poussée aiguë peu importante, passant parfois inaperçue. C'est plus tard que les accidents dus à l'infection prolongée apparais*sent* ». Après avoir été trente ans tranquille, M... a donc vu se réveiller une ostéite, qu'il a pu croire alors être une première manifestation de sa maladie, tandis qu'en réalité elle relevait de sa fièvre de croissance.

Nous avons aussi parlé plus haut de la localisation exceptionnelle de l'ostéite dans les deux observations ci-dessus : l'une atteint l'épitrochlée, l'autre atteint le fémur. Or, ces os sont rarement lésés dans les observations publiées par les auteurs. En particulier, dans une statistique de GOLAY (thèse Paris, 1879), l'os de prédilection est le tibia (atteint quatre-vingt-une fois) ; très loin derrière lui vient le fémur (neuf cas) ; puis l'humérus (cinq cas) ; et enfin la clavicule (deux cas).

Nous voudrions insister un peu sur le malade de notre première observation, A... Joseph, celui chez qui l'incision ne permit de découvrir aucune lésion osseuse. Ce cas est identique à ceux que Sir Benj. BRODIE (Illustrative Lectures, obs. X, London, 1846), et surtout GOSSELIN ont décrits les premiers sous le nom d'ostéite névralgique, maladie s'accompagnant souvent de lésions inflammatoires périosseuses, mais où l'os lui-même est indemne. Il y a lieu de se demander s'il n'était pas possible, avant l'incision, de prévoir qu'on avait affaire à cette ostéite névralgique. On peut, dit GOSSELIN (Dict. méd. et chir. prat., t. XXV, article ostéite) incliner en faveur de l'ostéite douloureuse, sans abcès, lorsque le sujet, malgré ses souffrances, continue à manger et à n'avoir aucun trouble des grandes fonctions, et aussi lorsque l'ostéite ancienne dont il est atteint n'a eu, à aucune époque, de terminaison par suppuration. Il y aurait lieu, au contraire, d'incliner du côté de l'abcès, lorsque le malade a de temps à autre des symptômes fébriles, que sa santé s'altère, et qu'il a eu, au début ou dans le cours de l'ostéite, de la suppuration et de la nécrose. D'après BROCA (Cyclopedia of Practical surgery, 1862, t. III, p. 414) et STANLEY (Half Yearly Abstracts of the medical science, t. XI, 1850, p. 100), cités par GOLAY dans sa thèse, le siège du gonflement aurait quelque valeur pour le diagnostic : les abcès ne se rencontreraient que rarement au niveau du centre diaphysaire, tandis que l'ostéite douloureuse y aurait été observée assez souvent. D'après DUPLAY enfin (Progrès Médical, nº 1, 6 janvier 1878), l'ostéite douloureuse chronique aurait plus souvent une origine traumatique que les abcès des os. En outre, les abcès de voisinage, ou abcès suspériostiques, seraient beaucoup plus fréquents dans les cas d'abcès intraosseux que dans les cas d'ostéite sans cavité.

Comme on peut s'en convaincre par la lecture de notre observation I, rien ne pouvait permettre de poser le diagnotic d'ostéite névralgique : le malade avait eu de la suppuration antérieurement ; il accusait bien un traumatisme, mais très ancien, et n'ayant pas porté sur son épitrochlée d'une façon spéciale. — Somme toute on ne pouvait prévoir, et c'est là le cas le plus fréquent dans la pratique, si l'on allait se trouver en face ou d'une ostéite douloureuse ou d'un abcès de l'os : « Combien ces moyens de diagnostic, écrit GOSSELIN, sont incertains : cinq fois il m'est arrivé de présumer fortement la présence d'un abcès enkysté, et de faire l'opération sans trouver une goutte de pus. »

Au point de vue pathogénique d'ailleurs, il n'y a point de différence entre l'ostéite névralgique et l'ostéomyélite : pour BLOCH, entre l'ostéomyélite la plus aiguë, l'abcès des os, et l'ostéite névralgique, il n'y a qu'une différence de degré, et non de pathogénie. HEIDENREICH va plus loin, trop loin peut-être, en déclarant que, pour lui, il s'agit le plus souvent d'abcès des os que l'on n'a pas su découvrir. — BLOCH a pu, dans deux cas d'ostéite névralgique, cultiver des fragments de tissu osseux enlevés à la gouge : il

a obtenu des cultures de staphylocoque blanc et doré, comme on en aurait obtenu avec du pus d'ostéomyélite aiguë véritable.

Quant au traitement, il est le même pour l'ostéomyélite et pour l'ostéite névralgique : il faut aller jusqu'au foyer osseux ; s'il y a un abcès, on le cure et on le désinfecte ; s'il n'y a pas d'abcès, on se borne à la simple « saignée osseuse » par incision du périoste, ou bien, même dans ce cas, on fait la trépanation. Dans la grande majorité des cas, le résultat est pareil pour les deux maladies : c'est la guérison. L'identité de traitement à installer, l'identité de résultat final, rendent sans doute moins regrettable la difficulté, l'impossibilité souvent, du diagnostic entre ces deux formes d'une même infection.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 12 Janvier 1906

Présidence de M. SURMONT, président.

M. Laguesse fait une conférence sur la sécrétion interne du pancréas, conférence dont le texte a été reproduit *in-extenso dans le précédent numéro.*



Séance du 23 Janvier 1906

Président de M. NOQUET, président.

Un cas de malformation congénitale du cœur. — Communication interventriculaire. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire.

M. Petit, interne. — J'ai l'honneur de vous présenter le cœur d'une enfant morte le 14 janvier dans le service de clinique médicale de M. le professeur agrégé DELÉARDE.

Voici, brièvement résumée, l'observation de cette enfant :

H. B..., 7 ans, entre à l'hôpital le 9 janvier 1905.

Son père tousse. Sa mère est bien portante, elle a eu 21 enfants dont 15 sont morts en bas-âge. Un autre frère est en traitement dans le service de M. le professeur agrégé GAUDIER pour une affection tuberculeuse.

Nous observons au niveau du thorax et des membres des déformations osseuses dues au rachitisme. Sur la face cicatrices varioliques.

L'enfant a eu en effet la variole à 4 ans : c'est depuis ce temps que la cyanose s'est manifestée ; avant la variole l'enfant, nous dit la mère, était pourtant dypsnéique au moindre effort.

L'état général, au moment de l'entrée à l'hôpital, est très mauvais et fait prévoir une terminaison fatale à brève échéance.

L'amaigrissement est extrême. Les lèvres, la face interne des joues, le voile du palais, la langue même sont bleuâtres. On observe de l'œdème au niveau des paupières et des jambes. La dypsnée est intense. Les dernières phalanges des mains et des pieds sont hypertrophiées et cyanosées et donnent aux doigts l'aspect de « baguettes de tambour ».

L'auscultation du poumon nous révèle la présence d'une tuberculose à un stade très avancé, accompagnée d'adénopathie trachéo-bronchique.

On ne voit pas battre la pointe du cœur. La main appliquée sur la région précordiale ne sent pas de frémissement cataire.

A l'auscultation on entend un souffle franchement systolique, intense, rude, perceptible dans toute la région précordiale. Le maximum du souffle se trouve au niveau du foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire : il se propage vers la clavicule gauche, s'atténue dans la région de l'aisselle et est bien entendu dans la région interscapulaire surtout à gauche.

Le pouls est faible, à peine perceptible, mais régulier : il n'est pas influencé par les mouvements respiratoires — 112 pulsations à la minute. L'examen du sang montre des hématies de volume normal. Il y a 5.797.000 globules rouges par millimètre cube, 15.500 globules blancs. L'enfant ne tarda pas à succomber aux progrès de la cachexie tuberculeuse.

M. le professeur CURTIS a fait son autopsie et nous a communiqué le résultat de ses observations que nous résumons ici.

Nous n'insisterons pas sur les lésions banales de tuberculose pulmonaire et de congestion des divers organes. L'attention doit surtout être attirée du côté du cœur. « Il y a une hypertrophie considérable du ventricule droit. En incisant la paroi et en pénétrant dans le ventricule droit avec une sonde cannelée, on passe directement et sans aucune recherche dans l'aorte ; il est au contraire très difficile de trouver l'orifice de l'artère pulmonaire. L'orifice de communication interventriculaire siège à la partie supérieure de la cloison et donne immédiatement accès dans l'origine de l'aorte, on peut facilement y passer le bout du petit doigt. L'atrésie porte sur tout le tronc de l'artère pulmonaire dont les valvules sigmoïdes mal développées sont soudées par leur bord et limitent un orifice qui ne mesure pas plus de 3 millimètres de diamètre. Du côté de l'oreillette droite, persistance du trou de BOTAL sous forme d'un petit orifice situé à la partie antérieure de la fosse ovale et pourvu d'une valvule très nette. On ne trouve pas trace du canal artériel. Il y a donc du côté du cœur : communication interventriculaire et atrésie de l'artère pulmonaire : nous ne croyons pas qu'il faille attacher grande importance à la persistance du trou de BOTAL dont

l'occlusion devait être assurée par une valvule suffisante.

M. **Gérard**, G. pense que l'atrésie pulmonaire a dû être primitive, et qu'elle a amené secondairement la persistance de la perforation inter-ventriculaire.

M. Gérard a pu réunir précédemment 18 observations de persistance du canal artériel.

Fibrômes utérins

M. **Juste Colle**. — J'ai l'honneur de présenter à la Société trois fibrômes utérins, dont deux furent enlevés par hystérectomie subtotale et un par hystérectomie totale :

Le premier de ces utérus présentait un noyau fibromateux, volumineux, situé à sa partie supérieure, et en voie de dégénérescence kystique. Il existait, en outre, chez la même malade, un kyste de dimensions semblables à celles du fibrôme développé entre les deux feuillets du ligament large droit.

Le second utérus, lui, ne présentait qu'un noyau à tentance polypeuse, commençant à se sphacéler et prêt à s'engager à travers le col.

Enfin, le dernier fibrôme remplissait complètement la cavité utérine dilatée et, étant en voie de sphacèle, donnait aux écoulements vaginaux une odeur fétide qui avait fait croire à un cancer endo-utérin.

Ces pièces sont surtout curieuses par la disposition des noyaux fibrômateux. C'est pourquoi je les ai présentées à la Société.

Grossesse tubaire

M. **Drucbert** présente l'observation d'une malade opérée de grossesse extra-utérine. Cette femme est bien réglée depuis l'âge de quinze ans ; ses règles moyennement abondantes durent habituellement huit jours ; elles étaient indolores. Il n'existait pas de leucorrhée et la malade n'a jamais présenté d'écoulement blennorrhagique ; elle a eu des accouchements normaux et à terme à 21 et 23 ans ; en septembre 1904 elle fit une perte à six semaines. Les suites ont toujours été bonnes.

La malade fut réglée le 25 mai 1905 puis ses règles ne reparurent pas le mois suivant ; la malade éprouva quelques petits phénomènes, entre autres une grande augmentation de l'appétit comme cela avait eu lieu lors de sa deuxième grossesse. Le 8 juillet la malade fut prise de douleurs dans le bas-ventre ; elle garda le lit pendant cinq à six jours ; il n'y eut pas d'hémorrhagies, et tout rentra dans l'ordre. Après s'être levée le 13 juillet la malade reprenait peu à peu ses occupations quand le 14 juillet elle fut prise subitement d'une crise de suffocation intense ; on la soumit à la médication bromurée sans grands résultats, car les crises d'étouffement revinrent trois fois dans les quinze jours qui suivirent ; devant l'intensité des crises le médecin traitant décida d'interrompre la grossesse, passa un hystéromètre dans la cavité utérine et fit prendre à la malade des injections chaudes fréquemment renouvelées. Le 26 juillet, la malade eut une hémorrhagie abondante, qui persista les jours suivants ; on fit à la malade un curettage, l'hémorrhagie cessa.

Le 12 août, nouvel incident, la malade expulse au milieu de nombreux caillots une membrane caduque qui fut reconnue par la sage-femme ; un accoucheur appelé en consultation posa le diagnostic de grossesse extra-utérine et proposa une intervention qui fut refusée.

Quand je vis pour la première fois la malade le 16 août, je constatai du ballonnement du ventre, avec défense musculaire des deux côtés ; la palpation était très douloureuse, et les culs-de-sac du vagin d'une dureté ligneuse, l'utérus n'était pas mobilisable, son col était encore entr'ouvert. La malade fut mise au repos au lit absolu, avec glace en permanence sur le ventre, injections chaudes ; la température s'éleva chaque soir jusque 38°5 à 39° jusqu'au 24 août.

A partir de cette date les douleurs commencent à se calmer, la température redevient normale, on peut réalimenter la malade. Peu à peu l'empâtement des culs-de-sac du vagin diminue et on peut délimiter une grosse tuméfaction dans le flanc droit et une petite du côté gauche.

La malade fut opérée le 26 septembre, les phénomènes aigus étaient complètement disparus, la malade n'avait plus d'ascension thermique, la palpation du ventre était à peine douloureuse. Je trouvai du côté droit une trompe grosse comme le poing remplie de caillots rougeâtres, sa paroi était déchirée sur une étendue de plusieurs centimètres et l'épiploon y adhérait solidement. La trompe gauche était grosse comme un œuf de poule et son pavillon était enfermé au milieu d'adhérences épiploïques. J'enlevai la trompe gauche et l'utérus et je pus facilement, par la brèche ainsi faite, trouver un plan de clivage qui me permit d'enlever assez aisément la poche salpingienne droite qui était le siège de la grossesse extra-utérine. Un drain fut placé jusque dans le Douglas, une mèche fut passée dans le col utérin dont la lèvre postérieure fut incisée ; et la malade guérit sans complication.

M. **Charmeil** demande quelle était l'indication opératoire.

M. **Drucbert** répond que le diagnostic de grossesse extra-utérine et de pelvi-péritonite justifiait une intervention.

M. **Oui** pense aussi que la présence d'un kyste de grossesse extra-utérine et d'un hémato-salpinx engageait le chirurgien à intervenir. M. Oui préconise, dans ces cas, l'hystérectomie par section médiane de l'utérus selon le procédé de Faure, qui rend beaucoup plus facile et plus rapide le décollement des annexes.

M. **Drucbert** a employé le procédé qui consiste à enlever une trompe, puis à dégager l'utérus en basculant la portion libérée.

Sur un cas de paratyphus

M. Deléarde lit une longue observation qui *est contenue dans le présent numéro.* (*A suivre*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

L'Académie de médecine vient de décerner les récompenses suivantes au titre des épidémies aux docteurs de la région : un rappel de médaille de vermeil au docteur Lestoquoy, d'Arras (Pas-de-Calais) ; un rappel de médaille de bronze aux docteurs Decouvelaere, d'Hazebrouck (Nord), Molonguet, d'Amiens.

Soutenance de thèse

M. E.-A. Faucon, de Licques (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le vendredi 9 février 1906, sa thèse de doctorat (n° 15) intitulée : **L'acide nucléinique dans les infections péritonéales, étude expérimentale.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Rayer, des Andelys (Eure) ; Grenier, de Commentry (Allier).

Staes-Brame, de Lille. Nous adressons à la famille de ce confrère, qui fut adjoint au maire de Lille, fondateur et directeur de l'Office sanitaire de notre ville et vivait retiré depuis un accident de voiture qui l'avait privé de toute activité, l'assurance de nos sincères et douloureuses condoléances.

Roustan, membre correspondant de la Société de médecine du Nord depuis une trentaine d'années, décédé à Creil (Oise), à l'âge de 61 ans. Nous adressons à son fils, le docteur Paul Roustan, nos plus sympathiques condoléances.

A. Poiteau, de Bieuvillers-au-Bois (Pas-de-Calais). Que la famille de ce jeune confrère dans laquelle on compte le père docteur et un frère étudiant en médecine, reçoive toutes nos condoléances.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

5e Semaine du 28 janvier au 3 février 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	11	7
3 mois à un an	4	2
1 an à 2 ans	»	3
2 à 5 ans	5	»
5 à 20 ans	5	1
20 à 60 ans	13	13
60 ans et au-dessus	14	10
Total	52	36

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	8	7	8	17	14	11	7	9	16	4	4	105
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: TOTAL des DÉCÈS	»	12	11	11	8	11	7	10	10	1	3	84
Autres causes de décès	»	4	6	5	2	4	3	2	3	1	2	32
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	2
Diarrhée et entérite, plus de 2 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, de 1 à 2 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite, moins de 1 an	»	2	»	3	1	2	»	»	»	»	»	8
Maladies organiques du cœur	»	1	1	2	»	»	1	»	1	»	»	6
Bronchite	»	»	»	»	»	»	»	3	2	»	»	5
Apoplexie cérébrale	»	»	1	»	1	1	1	1	»	»	»	5
Cancer	»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	4
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Méningite tuberculeuse	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	2
Bronchite et pneumonie	»	2	»	»	»	1	1	2	1	»	»	7
Grippe	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2
Coqueluche	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tuberculose pulmonaire	»	3	2	»	1	1	»	»	»	»	»	7
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Erysipèle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 475. Dixième Année. N° 7. Le Numéro : **10** centimes 18 Février 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La formation de la lymphe

par M. E. **Wertheimer**,
professeur de physiologie à la Faculté de Médecine.

La lymphe sert d'intermédiaire entre le sang et les tissus : de là, l'intérêt qui s'attache au mécanisme de sa formation. C'est la lymphe, plus encore que le sang, qui constitue le milieu intérieur de l'organisme, puisqu'elle entoure et baigne les éléments anatomiques auxquels elle transmet leurs matériaux de nutrition, comme aussi elle reçoit leurs produits de déchets. Répandue dans les fentes, les interstices qu'ils laissent entre eux, elle s'alimente donc à une double source : un courant qui vient du sang, un courant qui vient des tissus.

Dans les conditions normales, il n'est pas possible, comme on le conçoit facilement, d'étudier les variations de cette lymphe interstitielle : c'est donc la lymphe drainée par les canaux collecteurs que l'on recueille. Il faut noter toutefois que la seconde n'est pas toujours l'image fidèle de la première ; une partie du liquide interstitiel et des principes qu'il renferme peut, en effet, s'engager dans les vaisseaux sanguins. Il n'est pas inutile d'insister sur ce point, parce que des physiologistes tels que LUDWIG, HEIDENHAIN, n'admettaient pas cette résorption, bien qu'elle eût déjà été démontrée par MAGENDIE. Les expériences du physiologiste français n'avaient pas paru suffisamment probantes ; elles ont cependant été confirmées récemment par ASHER, HAMBURGER, J. MUNK, qui ont vu l'iodure de potassium, la strychnine déposés à la surface d'une plaie ou injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané passer directement dans les vaisseaux sanguins.

Ce ne sont pas seulement les substances étrangères à l'organisme, mais aussi ses principes constituants qui se comportent de la sorte : STARLING fait circuler à diverses reprises du sang défibriné dans les deux pattes postérieures d'un chien, dont l'une est le siège d'un œdème artificiel produit par l'injection sous-cutanée d'une solution isotonique de NaCl. Alors que le sang qui avait passé par la patte normale ne présentait aucune modification, celui qui avait traversé le membre rendu œdémateux était devenu moins riche en hémoglobine et en albumine, c'est-à-dire qu'il s'était dilué par résorption de la solution saline. Un autre fait du même ordre, c'est la diminution de concentration du sang que l'on observe après une saignée

et qui résulte de la résorption du liquide extravasculaire par les capillaires sanguins (1).

Ces réserves faites sur l'assimilation trop étroite de la lymphe des canaux à la lymphe interstitielle, il n'en est pas moins vrai que les variations qualitatives et quantitatives de la première traduisent les variations de la seconde (2). Pour les apprécier, on peut recueillir la lymphe, comme l'a fait surtout LUDWIG et son école, au sortir d'un organe isolé, du membre supérieur ou inférieur, de la région cervicale ; mais alors, du moins chez le chien, l'écoulement est faible ou nul et il faut avoir recours au massage, qu'il n'est pas facile de régler exactement. Aussi préfère-t-on habituellement pratiquer une fistule du canal thoracique. Il faut savoir que le liquide qu'on recueille de la sorte provient à peu près exclusivement des viscères abdominaux; car les lymphatiques de la région cervicale et du membre supérieur gauches ont été liés pendant l'opération ; les membres inférieurs, chez un animal au repos, couché sur la table, ne fournissent pas de lymphe ; les viscères thoraciques, pas davantage, puisque la ligature du canal thoracique faite immédiatement au-dessus du diaphragme supprime tout écoulement par ce conduit.

Le mode de formation de la lymphe a donné lieu à diverses théories ; et si la question ne peut être considérée comme entièrement résolue, les recherches qu'elle a suscitées ont produit des résultats qui gardent tout leur intérêt, même quand la doctrine qu'ils étaient destinés à édifier n'a pas triomphé. Les trois principales théories sont : 1° La théorie physique; 2° La théorie de la sécrétion ; 3° La théorie de l'activité cellulaire.

I. — THÉORIE PHYSIQUE

LUDWIG considérait la lymphe comme le résultat d'une simple filtration du plasma sanguin à travers les parois des capillaires. Si P est la pression du sang dans ces vaisseaux, p la pression dans les espaces extravasculaires, la quantité de lymphe produite doit augmenter ou diminuer avec la grandeur de la différence $P - p$. C'est ainsi qu'en faisant passer du sang défibriné dans un membre ou dans un organe isolé, tel que le testicule, LUDWIG et TOMSA ont constaté que la quantité de lymphe fournie par ces derniers était proportionnelle à la pression sous laquelle circulait le sang. De même, la distension du système vasculaire par du sang défibriné, par la solution physiologique de NaCl, augmente le débit de la lymphe (WORM-MÜLLER, REGECZY, COHNHEIM et LICHTHEIM, etc.) La saignée, après une accélération momentanée (1) (HOCHE), le diminue, mais dans la moitié des cas seulement (TSCHEREWKOFF) : on verra plus loin pourquoi.

Un des moyens les plus efficaces d'augmenter la pression capillaire d'un organe ou d'une région, consiste à oblitérer leurs vaisseaux veineux ; aussi cette opération a-t-elle pour conséquence une augmentation de la lymphe qui en provient, comme l'ont constaté TOMSA, à la suite de la ligature du plexus pampiniforme, PASCHUTIN, EMMINGHAUS, PUGLIESE et d'autres, après celle des veines des membres supérieur et inférieur, HAMBURGER, après la compression de la veine jugulaire chez le cheval. Si ces résultats ne sont pas absolument constants, si MOUSSU, par exemple, en répétant l'expérience de HAMBURGER, n'a pas observé d'effet immédiat et direct sur le cours de la lymphe cervicale, c'est qu'il faut tenir compte de l'activité plus ou moins grande, suivant les sujets, de la circulation veineuse collatérale.

Il a été plus difficile de démontrer l'influence de la pression artérielle et des variations vaso-motrices sur la production de la lymphe. PASCHUTIN sectionne les nerfs du plexus brachial, pour paralyser les vaisseaux de la patte antérieure, et provoque ensuite, par excitation de la moelle, une vaso-constriction généralisée à toutes les autres parties du corps, c'est-à-dire une forte augmentation de la pression artérielle : bien que les vaisseaux de la patte paralysée fussent ainsi soumis à une distension énergique, le membre ne fournit pas plus de lymphe que précédemment. Cependant, d'autres expérimentateurs furent plus heureux ; ils ont constaté, en général, que la section des vaso-constricteurs ou l'excitation des vaso-dilatateurs d'une région, qui y déterminent un afflux plus grand de sang y accélèrent aussi le cours de la lymphe. L'excitation des vaso-contricteurs a des effets précisément inverses (2).

(1) WERTHEIMER et LEPAGE, Ch. DUBOIS ont montré aussi que les vaisseaux sanguins ont une grande part à la résorption des pigments biliaires dans le foie, contrairement à ce qu'avaient soutenu divers expérimentateurs.

(2) Il faut excepter cependant celles qui dépendent d'influences mécaniques ou vaso-motrices (CAMUS et GLEY), s'exerçant directement sur les troncs lymphatiques.

(1) Cette accélération serait due à la réplétion moindre de l'aorte qui comprimerait moins fortement la citerne de PECQUET.

(2) Contrairement à la généralité des expérimentateurs, MOUSSU a trouvé que chez le cheval la section du sympathique au cou diminue le débit de la lymphe, tandis que son excitation l'augmente.

Une expérience instructive à cet égard est celle de OSTROUMOFF qui, en excitant le lingual, nerf vaso-dilatateur de la langue, a obtenu non seulement un accroissement de la lymphe, mais encore un œdème unilatéral de l'organe.

Une observation bien connue de RANVIER parle aussi dans le même sens ; une ligature de la veine fémorale ou de la veine cave inférieure, qui ne produit pas d'œdème par elle-même, aura cet effet, si on y associe la section du sciatique. De même une infiltration œdémateuse de l'oreille se manifeste plus facilement chez le lapin, après la ligature des veines auriculaires, si on sectionne le sympathique cervical ou si on enlève le ganglion cervical supérieur (COHNHEIM, ROGER).

Par contre, l'abaissement de la pression artérielle, consécutif à la section de la moelle, a pour conséquence une diminution de la quantité de lymphe (STARLING), précédée cependant d'une augmentation transitoire, qu'on peut attribuer à la paralysie des vaso-constricteurs (PUGLIÈSE).

De la perméabilité des capillaires sanguins ; ses effets. – La quantité et la composition de la lymphe ne dépendent pas seulement de la pression sous laquelle se fait la filtration, c'est-à-dire de la pression dans les capillaires, mais aussi de la perméabilité du filtre, qui est représenté par la paroi de ces vaisseaux. Celle-ci laisse passer beaucoup plus facilement les substances cristalloïdes du sang que les matières albuminoïdes : il en résulte que, dans la plus grande partie du corps, la lymphe renferme à peu près la même proportion de matériaux salins que le sang, mais beaucoup moins de matières protéiques.

Cependant, d'après STARLING, il y a lieu de faire une distinction, sous ce rapport, entre les diverses régions : la lymphe des membres contient seulement 2 à 3 0/0 d'albumine, celle des intestins 4 à 6 0/0, celle du foie 6 à 8 0/0, c'est-à-dire à peu près autant que le plasma sanguin lui-même. Ces richesses différentes correspondraient à des degrés différents de perméabilité des capillaires.

Celle-ci peut être modifiée expérimentalement par certains agents thermiques ou chimiques. Ainsi, si l'on soumet pendant quelques minutes la patte postérieure d'un chien à l'action de l'eau à + 56, on verra très rapidement la lymphe s'écouler spontanément d'une canule introduite dans l'un des gros lymphatiques du membre, ce qui n'a pas lieu dans les conditions normales (STARLING). L'injection sous-cutanée d'huile de croton, de térébenthine, de pétrole, a des effets semblables (LASSAR, JANKOWSKI). On verra plus loin que d'autres substances, injectées dans le sang, agiraient également sur la perméabilité des capillaires, mais plus particulièrement sur celle des vaisseaux abdominaux.

Un point qu'il est important de noter, c'est que la lymphe sera d'autant moins riche en matières protéiques que la pression capillaire est plus forte, et inversement. En effet, sous une pression croissante il passe, à la vérité, plus d'albumine dans l'unité de temps, mais comme en même temps il passe relativement beaucoup plus d'eau, la concentration du filtrat diminue, ainsi que l'a montré RUNEBERG pour des solutions d'albumine qui filtrent à travers les membranes animales. Cette donnée est souvent invoquée dans les discussions relatives à la lymphogénèse.

La faible perméabilité des capillaires sanguins pour les matières albuminoïdes a fourni à STARLING la matière d'intéressantes considérations sur certains mécanismes qui règlent la quantité de lymphe formée. Ce physiologiste fait remarquer que si la tension osmotique de ces substances est faible, au point même qu'elle avait pu être considérée comme une quantité négligeable, elle joue cependant, dans beaucoup de phénomènes physiologiques, un rôle plus important que celle des matières cristalloïdes, incomparablement plus forte. Cela tient à ce que la pression osmotique de ces dernières, quand elles sont séparées par une membrane, telle que la paroi des capillaires, qui leur livre un passage facile, s'équilibre rapidement de part et d'autre de la membrane. Il n'en est pas de même, comme il a été dit plus haut, pour les matières protéiques, puisque la paroi vasculaire leur oppose une barrière sinon infranchissable, du moins difficilement franchissable, sauf dans certains organes. Aussi, la tension osmotique des substances albuminoïdes qui restent en excès dans le plasma des capillaires sanguins appelle-t-elle vers les vaisseaux le liquide interstitiel. STARLING a évalué la force osmotique des albumines du sérum à environ 30 millimètres de mercure, c'est-à-dire que, placées dans un osmomètre à parois imperméables pour elles, elles attirent une solution saline isotonique au sérum, avec un effort tel qu'il faut dans l'intérieur de l'osmomètre une pression de 30 millimètres Hg pour le contrebalancer.

Or, cette valeur est de même ordre de grandeur

que la préssion du sang dans les capillaires. Mais tandis que celle-ci tend à provoquer une filtration du plasma vers les espaces lymphatiques, le pouvoir osmotique des matières albuminoïdes du sang tend à créer un courant de sens inverse. Supposons maintenant que la pression capillaire augmente : plus elle s'élèvera, plus il se formera de lymphe ; mais plus aussi, comme nous savons, elle sera pauvre en albumine ; plus aussi, par conséquent, l'excès de concentration du plasma sanguin en albumine augmentera son pouvoir de résorption vis-à-vis du liquide extra-vasculaire, de sorte que le jeu de ces influences antagonistes règle la production de lymphe. On comprend aussi que dans les régions où les capillaires sanguins sont peu perméables aux matières albuminoïdes, c'est-à-dire dans les membres, ces deux influences arrivent à se contrebalancer et que des modifications considérables de la pression sanguine pourront ne pas s'accompagner d'une augmentation sensible de la quantité de lymphe. Là où la paroi des capillaires est au contraire très perméable, comme dans le foie, les conditions ne seront plus les mêmes, puisque la richesse de la lymphe en albumine y est à peu près celle du sang ; le pouvoir de résorption de ce dernier ne pourra donc s'exercer que dans des limites très restreintes. Aussi est-ce dans le foie que se forme les plus grandes quantités de lymphe et que l'influence des variations de la pression sanguine sera la plus marquée.

C'est aussi l'excès de concentration du plasma sanguin en albumine qui explique la résorption par les capillaires sanguins des solutions salines injectées dans le tissu cellulaire sous-cutané, dont il a déjà été question plus haut.

On peut renforcer le pouvoir osmotique que le plasma sanguin doit à ses matières colloïdes en injectant dans le sang des substances de même nature, telles que la gomme, la gélatine ; le liquide interstitiel est alors appelé avec plus de force vers les capillaires et la quantité de lymphe diminue (Spiro). Inversement, elle augmentera, si la pression osmotique des matières albuminoïdes du sang diminue, si, par exemple, on soustrait à l'animal une certaine quantité de sang qu'on remplace par une solution isotonique de NaCl ; sans compter que le plasma ainsi dilué transsude plus facilement à travers la paroi des capillaires. La saignée réalise des conditions à peu près semblables à celles que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire qu'elle crée un état d'hydrémie, puisque, après cette opération, le sang se dilue par résorption du liquide interstitiel ; c'est ce qui explique peut-être pourquoi la saignée ne diminue pas toujours l'écoulement de la lymphe, malgré l'abaissement de la pression sanguine.

II. — THÉORIE DE LA SÉCRÉTION

La théorie de la filtration, du moins dans ses grands traits, était devenue classique, quand Heidenhain, dans un mémoire riche de faits et d'idées, vint s'efforcer de montrer qu'elle était impuissante à expliquer bon nombre de phénomènes physiologiques, de même qu'elle se conciliait difficilement avec tout un ensemble de données expérimentales.

A. — Exposé de la théorie. — Heidenhain fait d'abord observer que si l'on calcule la quantité de substances que les différents organes empruntent en 24 heures au plasma sanguin par l'intermédiaire de la lymphe et si on suppose que ces substances transsudent à travers la paroi des capillaires, en vertu des seules lois de la filtration, c'est-à-dire au même degré de concentration que dans le plasma sanguin, on arrive à admettre la formation de quantités tout à fait invraisemblables de lymphe.

Parmi les arguments de ce genre, je me bornerai à citer le suivant. Une vache peut donner par jour 25 litres de lait, qui renferment 42 gr. 5 de chaux ; mais la lymphe ne contient que 0,018 % de chaux. Il faudrait donc, d'après les lois de la filtration, 236 litres de lymphe pour fournir à la glande mammaire la chaux qu'elle sécrète dans les 24 heures. Or, la quantité de lymphe qui s'écoule en même temps par le canal thoracique n'est que de 42 litres, d'après les estimations de Colin, et il est évident que la lymphe mammaire n'entre dans ce total que pour une faible part.

Les arguments expérimentaux réunis par M. Heidenhain sont de deux ordres : les uns se fondent sur les résultats de l'oblitération des gros troncs vasculaires, les autres sur les effets lymphagogues de substances diverses injectées dans le sang.

1° Si l'on obture l'aorte au-dessus du diaphragme et que la pression dans l'aorte abdominale est par conséquent tombée à peu près à zéro, l'écoulement de la lymphe par le canal thoracique continue encore pendant une ou deux heures, bien qu'il provienne exclusivement des organes abdominaux. Cette lymphe est

plus riche en matières albuminoïdes qu'à l'état normal.

2° A la suite de la ligature de la veine porte, le flux de lymphe devient de quatre à cinq fois plus abondant qu'auparavant et, en même temps, sa richesse en albumine diminue. L'intestin est hypérémié.

3° Si on oblitère la veine cave inférieure au-dessus du diaphragme, l'écoulement de lymphe est de dix à quinze fois plus rapide qu'à l'état normal, sa richesse en albumine augmente. L'intestin paraît anémié.

De ces résultats, le second seul est en accord avec les lois de la filtration. La ligature de la veine porte a produit une augmentation considérable de la pression dans les capillaires de l'intestin et par suite une accélération du cours de la lymphe dont la richesse en matières protéiques diminue, conformément à ce que nous savons de l'influence d'un accroissement de pression sur la composition de la lymphe.

Mais ni la persistance du courant lymphatique, après l'occlusion de l'aorte, ni la concentration plus grande de la lymphe en matières albuminoïdes après l'obstruction de la veine cave ne peuvent s'expliquer, d'après les mêmes principes. Il n'est pas facile de voir non plus, dit Heidenhain, pourquoi, après cette dernière opération, alors que l'augmentation de pression dans les capillaires de l'abdomen est très inférieure à celle qui résulte de la ligature de la veine porte, le cours de la lymphe est cependant beaucoup plus accéléré.

Il faut donc faire appel à d'autres forces qu'à la pression sanguine et à la filtration : c'est alors que Heidenhain crut trouver dans l'emploi des agents lymphagogues la preuve que ces forces résident dans les parois des capillaires sanguins, dans une activité propre de leur endothélium.

1° Si, en effet, on injecte dans le sang certaines substances telles que la propeptone, les extraits de sangsues, de muscles d'écrevisses, de moules, etc. (lymphagogues de la 1re classe), on détermine une augmentation énorme et prolongée de la quantité de lymphe et cependant la pression artérielle ne varie pas sensiblement, ou baisse même fortement si l'on a recours à la peptone. En outre, la lymphe, peu ou pas coagulable, est riche en albumine, tandis que le sérum sanguin s'est appauvri en matériaux solides (1). Tout se passe comme si la substance injectée avait provoqué la formation, la sécrétion d'un liquide plus riche en matières organiques que le plasma sanguin qui lui donne origine. L'action de ces lymphagogues ne s'explique que si l'on admet qu'ils stimulent l'activité sécrétoire dont est doué normalement l'endothélium capillaire. C'est ainsi que le renforcement d'une excitation portée sur la corde du tympan, n'augmente pas seulement la quantité de salive, mais aussi sa richesse en principes organiques. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est que la compression prolongée de l'aorte ne permet plus aux lymphagogues de ce groupe de produire leurs effets habituels ; l'anémie des parois vasculaires supprimerait l'excitabilité de l'endothélium des capillaires.

2° Il existe une autre catégorie de corps, chimiquement définis, glucose, chlorure, sulfate, azotate de sodium, iodure de potassium, etc. qui, injectés dans le sang en solutions concentrées, produisent un abondant écoulement de lymphe dont la teneur en matériaux fixes diminue. Ce sont ces substances cristalloïdes qui constituent les lymphagogues de la 2e classe. Ici, Heidenhain reconnaît l'intervention de phénomènes purement physiques : la substance introduite dans le sang passe rapidement par diffusion dans les espaces lymphatiques et, grâce à son pouvoir osmotique, y appelle l'eau des tissus ; une partie de cette eau est reprise par le sang qu'elle dilue, une autre partie est emportée par les canaux lymphatiques. L'accélération de la lymphe est d'ailleurs proportionnelle à la valeur osmotique de la solution employée. Néanmoins Heidenhain incline encore à attribuer, même dans ce cas, un rôle prépondérant à l'activité de la cellule endothéliale des capillaires. Il trouve, en effet, qu'à la suite de l'injection de glucose, par exemple, la proportion de sucre dans la lymphe devient supérieure à ce qu'elle est dans le sang, ce qui est contraire aux lois de la diffusion, puisque le passage du glucose du sang vers la lymphe devrait cesser lorsque la concentration est devenue égale dans les deux liquides. Il faut donc que la paroi capillaire, par son activité propre, transporte en quelque sorte le sucre du sang vers la lymphe, c'est-à-dire qu'elle sécrète du sucre.

B. Réfutation de la théorie. — La vérification de cet ensemble de faits réunis par Heidenhain, n'a pu que confirmer leur exactitude : mais leur interprétation n'a pas eu le même sort.

Cohnstein s'est attaqué plus particulièrement aux

(1) Par contre, le sang total est devenu riche en principes fixes, par suite de sa richesse relative plus grande en globules.

calculs de Heidenhain sur la quantité de lymphe nécessaire au fonctionnement des organes. Ce physiologiste a eu le mérite d'appeler l'attention sur les conditions dans lesquelles se fait la filtration du plasma sanguin. Heidenhain raisonne comme si elle avait lieu à l'air libre : dans ce cas, en effet, si dans le liquide soumis à la filtration la proportion de substance dissoute est de *n* p %, elle sera également de *n* p % dans le filtrat. Mais, dans le processus de la lymphogénèse, il n'en est plus de même : la filtration se fait, à travers la paroi des capillaires, vers des espaces déjà remplis d'un liquide dont la composition est différente de celle du plasma sanguin et qui est soumis aussi à une certaine pression, de sorte qu'à la filtration vient se combiner la diffusion.

L'expérience (1) montre que dans de telles conditions, le produit de transsudation peut avoir une concentration 10 à 20 fois plus forte que celle du liquide dont il provient. Si, reprenant l'exemple de la sécrétion mammaire, invoquée par Heidenhain, nous supposons que dans la lymphe interstitielle la concentration ne soit que de 10 fois supérieure à celle du plasma sanguin, ce n'est plus 236 litres de lymphe qu'il faudrait pour servir de véhicule à la chaux sécrétée dans les 24 heures, mais 23 litres 6 seulement, chiffre qui correspond approximativement à celui des litres de lait sécrétés dans le même temps. Il n'est pas besoin, au surplus, d'une expérimentation compliquée pour aboutir à une conclusion analogue : le raisonnement y suffit. Les cellules glandulaires en activité puisent incessamment de la chaux dans le liquide qui les baigne pour la déverser dans le produit de sécrétion et abaisser ainsi la tension osmotique de cette substance dans la lymphe interstitielle. Il s'établira donc, incessamment aussi, un courant de diffusion qui entraînera la chaux vers les espaces lymphatiques et qui peut être indépendant de tout transport de liquide.

Starling, de son côté, reprenant une à une les expériences de Heidenhain, montre que loin d'être contraires à la théorie physique, elles viennent au contraire lui fournir l'appui le plus solide.

D'abord, les conséquences de l'occlusion de l'aorte thoracique s'expliquent facilement si l'on examine de près ses effets sur la circulation. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que ce qui importe pour la formation de la lymphe, ce n'est pas la pression artérielle, mais bien la pression capillaire, laquelle ne dépend pas seulement de celle des vaisseaux afférents, mais aussi de celle des vaisseaux efférents. Or, après l'oblitération de l'aorte, il est vrai que la pression dans l'aorte abdominale et par suite dans les artères de l'intestin est presque annulée, que dans la veine porte, elle diminue aussi, quoique plus faiblement. Mais dans la veine cave inférieure, et par conséquent dans les veines sus-hépatiques, elle n'est pas modifiée et peut même avoir augmenté. Le foie est donc le seul organe sous-diaphragmatique dans lequel la pression capillaire n'a pas sensiblement varié ; c'est aussi lui qui est la source exclusive de la lymphe qui s'écoule encore du canal thoracique et qui, en raison de sa provenance, est très riche en matières albuminoïdes. En effet, si avant d'oblitérer l'aorte, on lie les lymphatiques du foie, au niveau du hile, on supprime tout écoulement par le canal thoracique.

L'énorme accélération de la lymphe qui suit la ligature de la veine cave inférieure reconnaît des causes semblables. Après cette opération, la pression dans l'aorte abdominale est réduite aux deux tiers environ de sa valeur normale par afflux insuffisant du sang vers le cœur, en revanche, elle a très fortement augmenté dans la veine cave elle-même, ainsi que dans la veine porte et par suite dans les capillaires du foie. Dans les capillaires de l'intestin, il semblerait qu'elle dût s'élever aussi, par suite de la stase dans la veine porte ; mais les effets de cette stase sont compensés par la chute de pression dans l'aorte et les artères mésentériques, de sorte que l'intestin paraît même anémié, particularité qui avait tant frappé Heidenhain. Ainsi, dans cette expérience, avec une augmentation considérable de la pression dans les capillaires du foie concorde, conformément à la théorie de Ludwig, une production très abondante de lymphe hépatique. Dans les capillaires de l'intestin, la pression ne s'est guère modifiée et il en est de même de la quantité de lymphe, qu'ils laissent transsuder. L'excès de lymphe formée provient donc exclusivement du foie ; de là, sa richesse en matières albuminoïdes. C'est ce que

(1) L'expérience se pratique en faisant circuler sous pression constante (P) une solution saline dans un tube membraneux (veine, uretère) plongé lui-même dans un liquide différent soumis à une pression (p) variable. Soit une solution de NaCl à l'intérieur du tube et de l'eau distillée à l'extérieur. Sous l'influence de la différence de pression P-p, une certaine quantité d'eau et de sel filtrera à travers la membrane. En outre, il passe aussi une certaine quantité de sel par diffusion ; mais en même temps, la solution saline, par sa tension osmotique, appelle l'eau distillée vers l'intérieur de la membrane, c'est-à-dire provoque un courant dont la direction est opposée à celle du courant de filtration. C'est là la cause principale de l'excès de concentration que présente à un moment donné le liquide extérieur sur le liquide intérieur et qui augmente d'ailleurs avec la pression à laquelle est soumise le premier.

la ligature des lymphatiques du foie permet encore de démontrer : après qu'elle a été pratiquée, l'oblitération de la veine cave n'accélère plus le cours de la lymphe et peut même le ralentir.

C'est encore aux seules variations de la pression sanguine qu'il faut attribuer, d'après STARLING, l'action des lymphagogues de la 2e classe. Si l'on injecte dans les vaisseaux une solution concentrée de glucose ou de chlorure de sodium, celle-ci, en raison de sa forte tension osmotique, soutirera une quantité considérable d'eau aux tissus, de sorte qu'il se produit rapidement une très forte dilution du sang dont le volume peut ainsi doubler ou tripler. Mais cet état de pléthore hydrémique amène, comme l'ont montré BAILYSS et STARLING une hausse très marquée de la pression dans le domaine de la veine cave inférieure et du système porte, c'est-à-dire dans tous les viscères abdominaux, et, par conséquent, une augmentation de la quantité de lymphe.

Pour prouver que cet excès de production est dû à une exagération du processus normal de filtration et non à la modification chimique du sang, STARLING fait l'expérience suivante. On retire à un chien 300 cc. de sang et on lui injecte une solution concentrée de glucose (18 gr. sur 20 cc. d'eau) : on a établi par le calcul que cette solution doit attirer dans les vaisseaux une quantité d'eau précisément équivalente au volume de sang soustrait, c'est-à-dire 300 cc. Dans ces conditions, il est évident que la pléthore hyrémique ne s'établit pas, qu'il n'y aura pas d'augmentation de pression dans les capillaires de l'abdomen ; aussi n'obtient-on aucune accélération du cours de la lymphe, malgré la présence, dans les vaisseaux, de la solution concentrée de glucose qui, d'après la théorie de HEIDENHAIN, devrait exciter l'activité de l'endothélium des capillaires.

On comprend aussi que l'action lymphagogue des solutions salines soit proportionnelle à leur pouvoir osmotique, puisque des solutions isosmotiques appelleront dans le sang la même quantité d'eau et produiront la même réplétion des vaisseaux. Ce n'est pas, comme le croyait HEIDENHAIN, parce qu'elles exercent une excitation de même intensité sur la paroi des capillaires.

Au surplus, si, au lieu d'injecter, comme dans les expériences précédentes, une faible quantité d'une solution hypertonique, on injecte une forte quantité d'une solution isotonique, par exemple la solution normale de NaCl, on obtient encore le même résultat, c'est-à-dire une accélération énorme du cours de la lymphe, et par le même mécanisme, puisqu'on a réalisé directement l'état de pléthore hydrémique.

Cependant, il reste encore à examiner un point auquel HEIDENHAIN attachait une grande importance pour sa théorie de l'action des cristalloïdes, à savoir la concentration plus forte de la substance employée dans la lymphe que dans le sang, contraire à la loi physique. Mais, comme l'a montré COHNSTEIN, la contradiction est plus apparente que réelle. On n'est pas autorisé, comme l'a fait HÉIDENHAIN, à comparer, au point de vue de leur composition, un échantillon de lymphe pris dans le canal thoracique et un échantillon de sang recueilli simultanément, parce qu'il faut un certain temps à la lymphe formée dans les tissus pour arriver dans le canal. En réalité, immédiatement après l'injection d'une solution saline, le sang très riche encore en substance cristalloïde, laissera filtrer une lymphe de concentration correspondante, mais celle-ci n'apparaîtra dans le canal thoracique qu'à un moment où la concentration du sang aura déjà diminué et, par conséquent, l'analyse d'un échantillon de sang recueilli à ce moment dénotera une teneur en sel inférieure à celle de la lymphe. Pour avoir des valeurs comparatives, il faut, dans une série d'échantillons des deux liquides, déterminer de part et d'autre la concentration maximum. On trouve alors que celle-ci est la même dans la lymphe que dans le sang.

Ainsi toutes les expériences sur les lymphagogues de la 2e classe apportent, d'après STARLING, la plus éclatante confirmation à la théorie de la filtration puisque la quantité de lymphe produite non seulement augmente avec la pression, mais lui est même proportionnelle. On verra cependant qu'il y a quelques réserves à apporter à cette assertion.

Reste l'action des lymphagogues de la 1re classe : il faut dire tout de suite qu'elle est toujours énigmatique. On ne connaît avec certitude que la provenance de l'excès de lymphe produit par leur intermédiaire : il est fourni presque exclusivement par le foie, car si on lie préalablement les lymphatiques de cet organe, l'injection de ces lymphagogues n'augmente plus le débit du canal thoracique STARLING); aussi la lymphe recueillie est-elle plus riche en matières protéiques.

Mais les modifications mécaniques de la circulation ne suffisent plus pour rendre compte de l'accélération observée. L'injection des lymphagoques de cette caté-

gorie est suivie, il est vrai, d'une élévation de pression très prononcée dans la veine porte, mais elle est transitoire, et dure beaucoup moins que l'accélération de la lymphe. Faut-il faire intervenir ici l'activité sécrétoire de l'endothélium capillaire? Il paraît plus vraisemblable à STARLING que ces lymphagogues qui sont en définitive des substances toxiques pour le sang, les vaisseaux, le cœur, altèrent la paroi vasculaire et augmentent sa perméabilité; c'est une modification pathologique qui est en cause et non l'exagération d'une fonction physiologique. Si une oblitération prolongée de l'aorte ne permet plus à ces substances d'agir, c'est qu'elle abolit toute vitalité de la paroi vasculaire, dont la perméabilite reste dès lors invariable.

COHNSTEIN a proposé une autre explication : il admet que les lymphagogues de ce groupe modifient non pas la paroi vasculaire, mais la composition chimique du sang, qui, mélangé à ces substances, filtre et diffuse plus facilement à travers la paroi vasculaire : c'est, en effet, ce que ce physiologiste a constaté dans des expériences faites in vitro avec du sérum de chien additionné de peptone ou d'extrait de muscles d'ecrevisses.

Aux lymphagoques de la 1re classe signalés par HEIDENHAIN, sont venus s'ajouter depuis lors d'autres corps qui paraissent avoir une action analogue, la nucléine, les toxines bactériennes (GARTNER et RÖMER, CHARRIN), l'extrait de fraises (CLOPATT, GLEY) (1). L'exemple des toxines bactériennes est bien fait pour montrer, une fois de plus, que l'action des lymphagoques de cette catégorie est indépendante de la pression sanguine, puisque, d'après MOUSSU, elles accélèrent le cours de la lymphe, qu'elles soient hypotensives, comme la toxine diphtéritique, ou hypertensives, comme la tuberculine.

C'est aussi à une altération de la cellule endotheliale des vaisseaux que MAGNUS a attribué l'œdème sous-cutané qu'il a provoqué chez des chiens soumis à l'action de divers poisons (chloroforme, éther, chloral, phosphore, arsenic, intoxication urémique), par l'injection d'une solution de NaCl qui, à elle seule, ne produisait aucun effet.

La plupart des problèmes qu'avaient soulevés les expériences de HEIDENHAIN semble donc avoir reçu, à la lumière d'une analyse plus exacte et plus approfondie, une solution satisfaisante. Cependant, STARLING a peut-être exagéré dans le mécanisme de la lymphogénèse le rôle de la filtration. LAZARUS-BARLOW a noté en effet qu'à la suite de l'injection des substances cristalloïdes, l'accélération de la lymphe dure beaucoup plus longtemps que l'augmentation de la pression sanguine. ASHER a vu aussi cette accélération s'établir après la mort (1) chez des animaux auxquels il injectait, quelques minutes avant de les sacrifier, une solution de sucre, et se poursuivre pendant plus d'une heure, avec la même régularité que chez l'animal vivant : il n'est pas vraisemblable qu'après l'arrêt définitif de la circulation, la pression capillaire soit pour quelque chose dans cette lymphorrhée posthume.

Ce n'est pas cependant qu'il faille faire intervenir quelque autre force que les forces physiques : ces faits et quelques-uns du même genre, prouvent seulement que la filtration n'est pas le seul facteur en cause. Il faut tenir compte aussi des forces osmotiques ; à la vérité, STARLING ne les a pas méconnues, mais il a envisagé surtout les échanges qui se font entre le sang et le liquide extra-vasculaire, alors que la quantité de lymphe dépend aussi du passage plus ou moins facile, plus ou moins rapide du liquide intracellulaire vers la lymphe interstitielle et par conséquent de la différence de pression osmotique entre l'un et l'autre. Au moment de l'injection des substances cristalloïdes dans le sang, ce n'est pas seulement le mouvement de l'eau de l'extérieur des vaisseaux vers l'intérieur qui importe : c'est cependant le seul qu'invoque la théorie de STARLING. Il se produit aussi un mouvement en sens inverse de la substance injectée, auquel HEIDENHAIN, de son côté, avait fait exclusivement appel dans son explication physique de l'action des cristalloïdes. On se rappelle que pour ce physiologiste, la substance injectée diffusant très rapidement dans la lymphe interstitielle, dont elle augmente la pression osmotique, y attire l'eau des tissus qui est emportée en partie par les vaisseaux lymphatiques. C'est en effet l'explication la plus plausible de l'accélération post mortem de la lymphe, signalée par ASHER ; mais il est clair que le même mecanisme doit fonctionner aussi pendant la vie.

Si la theorie physique a encore besoin, à bien des égards, d'être complétée pour répondre à toutes les

(1) HEIDENHAIN avait établi un rapprochement entre l'action lymphagogue de quelques-unes des substances qu'il a employées, et leur tendance à provoquer des poussées d'urticaire.

(1) HEIDENHAIN, WERTHEIMER ont déjà signalé cette persistance de l'écoulement lymphatique apres la mort.

questions posées, elle n'en a pas moins repris, depuis les expériences de STARLING et de CONHSTEIN, une place prépondérante dans l'étude de la lymphogénèse. Cependant, la théorie de la sécrétion a encore des partisans. HAMBURGER qui avait déjà, antérieurement à HEIDENHAIN, revendiqué pour l'endothélium capillaire des propriétés sécrétoires, continue à appuyer cette conception sur un certain nombre de résultats expérimentaux, dont le plus important est le suivant. Chez un cheval, dont le corps tout entier travaille, alors que la tête et l'encolure restent au repos, la pression baisse dans la carotide et la jugulaire et par conséquent aussi dans les capillaires de la région : néanmoins, la lymphe qui s'écoule des gros troncs lymphatiques du cou augmente. Ce seraient les produits élaborés par les organes en activité qui iraient à distance exciter l'endothélium vasculaire de la région cervicale. On n'a pas manqué d'objecter qu'il était difficile de comprendre que la tête ne prît point part dans une certaine mesure au travail du reste du corps, que la cause de l'accélération devait être cherchée dans les contractions des muscles de l'encolure.

C'est aussi l'explication à laquelle s'est rattaché MOUSSU, qui a répété avec succès l'expérience de HAMBURGER. Pour le physiologiste français, les muscles de la région cervicale exécutent un « travail statique » dont le but est d'immobiliser dans une position déterminée l'extrémité antérieure de la tige vertébrale et de lui donner la rigidité nécessaire au fonctionnement des muscles des membres antérieurs. MOUSSU admet, d'après une théorie que j'exposerai plus loin, que toute activité vitale supérieure à celle de repos doit s'accompagner d'une production plus abondante de lymphe. HAMBURGER répond à ces objections que si le corps tout entier étant au repos, on permet à l'animal d'exécuter des mouvements fréquents d'élévation et d'abaissement de la tête, la lymphe ne s'accélère pas. Ce physiologiste continue donc à soutenir que la théorie physique, dont il adopte du reste les principes dans leur ensemble, ne peut s'appliquer à ce cas particulier (1).

LAZARUS BARLOW a aussi appelé l'attention sur un certain nombre de difficultés qu'elle serait incapable de résoudre. Immédiatement après l'injection des substances cristalloïdes dans le sang, l'appel du liquide interstitiel vers les vaisseaux devrait avoir pour conséquence un ralentissement momentané du cours de la lymphe, précédant l'accélération caractéristique. Ce ralentissement n'a jamais été observé par HEIDENHAIN, il l'a été assez souvent par COHNSTEIN, quelquefois par LAZARUS BARLOW. Or, la théorie exigerait qu'il fût constant. D'autre part, LAZARUS BARLOW a vu parfois l'injection d'une substance cristalloïde diminuer la quantité de lymphe, tandis que peu après, chez le même animal, l'injection d'une autre substance de même nature de pouvoir osmotique égal ou même inférieur à celui de la première, produisait une augmentation.

Ces difficultés ne portent d'ailleurs que sur des points de détail et peut-être ne sont-elles pas insolubles. Dans sa critique des expériences de LAZARUS BARLOW, ELLINGER fait remarquer que l'augmentation ou la diminution de la lymphe à un moment donné sont subordonnées à la rapidité avec laquelle le courant qui va des tissus aux espaces lymphatiques arrive à se régler sur celui qui va de ces mêmes espaces aux vaisseaux sanguins ; subordonnées par conséquent, comme il a été dit plus haut, à la différence qui existe à ce moment entre la pression osmotique du liquide intra-cellulaire et celle de la lymphe interstitielle, comme aussi à la richesse en eau des cellules et, par suite, à l'abondance plus ou moins grande de la sécrétion urinaire, dont LAZARUS BARLOW n'a pas tenu compte. Une modification survenue dans l'une ou l'autre de ces conditions, d'un moment à l'autre de l'expérience, peut expliquer quelques résultats discordants, rares d'ailleurs.

III. — THÉORIE DE L'ACTIVITÉ CELLULAIRE

Frappé des objections auxquelles donne encore prise, par certains côtés, la théorie physique, ASHER a cherché à lui en substituer une autre dans laquelle il fait également appel à l'activité propre des cellules, mais à celle de tous les éléments vivants.

Pour ce physiologiste, la quantité et la composition de la lymphe donnent en quelque sorte la mesure du travail des organes. C'est le fonctionnement physiologique des cellules et des tissus qui représente la source essentielle de ce liquide, et toute accélération du cours de la lymphe reconnaît comme cause une suractivité des échanges nutritifs. Qu'un organe reçoive le sang sous pression forte ou faible, que la circulation

(1) L'expérience de HAMBURGER pourrait cependant se concilier avec cette théorie, si l'on admet que, pendant le travail musculaire, il se forme des substances qui modifient la perméabilité des parois capillaires, à la façon des lymphagogues de la 1re classe.

n'y soit rapide ou lente, il ne fournira de lymphe qu'autant qu'il travaille, qu'il consomme les aliments apportés.

Asher a réuni dans une série de mémoires les faits qui militent ou qu'il interprète en faveur de sa théorie. Leur exposé demanderait de trop longs développements et je m'y arrêterai d'autant moins que j'aurai a revenir prochainement sur cette question dans un travail spécial. Je me bornerai à résumer les points principaux de cette nouvelle doctrine.

Si la lymphe augmente après l'injection des substances cristalloïdes, il ne faut pas oublier, dit Asher, que l'état de pléthore hydrémique, ainsi créé, a comme conséquence non seulement une hausse de la pression capillaire, mais aussi une activité plus grande des sécrétions salivaires, stomacale, biliaire, etc., et c'est ce travail exagéré des glandes qui est la cause de l'écoulement plus abondant de lymphe. Même mécanisme pour les lymphagogues de la 1re classe. La peptone, par exemple, ne doit son efficacité qu'à son action excito-sécrétoire sur le foie qui fournit, sous son influence, une plus grande quantité de bile.

Mais c'est une hypothèse toute gratuite que d'attribuer, avec Asher, l'accélération de la lymphe qui suit l'injection des substances cristalloïdes, à l'augmentation des sécrétions qui vient s'y associer. Quant à la peptone, il est vrai qu'elle provoque un flux plus abondant par le canal cholédoque, mais il n'est que transitoire, comme l'a déjà observé Gley, et il serait dû, d'après Ellinger et Doyon, non à une action sécrétoire sur le foie, mais à des contractions plus énergiques de la vésicule biliaire. D'autre part, l'extrait de sangsues, lymphagogue de la même catégorie que la peptone, n'a aucune influence sur le cours de la bile (Ellinger).

Asher cependant a rapporté d'autres expériences qui paraissent plus probantes et qui mériteront d'être examinées de plus près. C'est ainsi, par exemple, que la bile et l'hémoglobine, qui, injectées dans le sang, sont des agents cholagogues, sont aussi des lymphagogues. Bainbridge a signalé quelques faits du même genre. Moussu soutient également que la lymphe est surtout un produit d'élaboration des tissus, que sa formation est en rapport direct avec leur activité vitale.

Quelles sont les relations qui unissent celle-ci à celle-là ? En réponse à cette question, Asher a émis deux hypothèses. La première peut être formulée ainsi : la lymphe est un produit de sécrétion des cellules en activité. Mais ce n'est pas là une explication, puisque le mécanisme intime des sécrétions nous est lui-même encore imparfaitement connu. D'après la seconde hypothèse, plus satisfaisante, les matériaux de déchets des cellules modifient les rapports osmotiques entre le sang et les tissus. Starling a donné à cet énoncé un peu vague une forme plus précise : dans le travail de nutrition, les cellules transforment les grosses molécules en molécules à la fois plus petites et plus nombreuses, et élaborent aussi des substances cristalloïdes : ces produits de déchet passent dans la lymphe interstitielle dont ils augmentent la pression osmotique ; il en résulte un appel d'eau des capillaires sanguins vers les espaces lymphatiques. Déjà Koranyi et Roth avaient exposé des vues analogues, en insistant surtout sur la dislocation des molécules d'albumine dont les produits de dédoublement déversés constamment dans les espaces lymphatiques tendent à y élever la pression osmotique.

Que les échanges nutritifs des cellules et des tissus modifient la composition de la lymphe et par suite aussi son pouvoir osmotique, cela paraît incontestable. Reste à savoir cependant si ces variations sont assez prononcées, quand un organe entre en activité, pour qu'il s'en suive une augmentation de la quantité de lymphe. Je dois dire que dans des expériences récentes, que je publierai prochainement, et qui en confirment d'autres du même genre, dues à Falloise, je n'ai pas pu me convaincre qu'un travail, même très actif, des glandes digestives ait une influence sensible sur la production de la lymphe.

En résumé, si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les nombreux matériaux que l'expérimentation a accumulés ces dernières années, nous voyons que la formation de la lymphe paraît surtout régie par des forces physiques, sans qu'il soit nécessaire, dans la grande majorité des cas, d'avoir recours à l'hypothèse d'une activité propre de la cellule vivante. La lymphogénèse obéit surtout aux lois de la filtration et peut-être plus encore à celles de la diffusion et de l'osmose : quelques faits particuliers échappent encore à leur application ; elles finiront sans doute par rentrer dans le cadre commun. Si vraiment il faut accorder au travail physiolologique des organes une part active dans la formation de la lymphe, le mécanisme par lequel il exerce son influence trouve sa place dans la théorie physique, puisqu'il ne met

en jeu que des forces osmotiques et non quelque propriété spécifique des éléments cellulaires.

Mais ainsi réduit aux seuls facteurs mécaniques et physiques, le phénomène de la lymphogénèse reste encore très complexe, puisqu'il dépend (COHNSTEIN, ELLINGER) : 1° de la pression dans les capillaires ; 2° de la pression extra-vasculaire : 3° de la perméabilité de la paroi capillaire ; 4° de la composition chimique et par suite aussi de la pression osmotique du plasma sanguin ; 5° de la composition chimique et de la pression osmotique de la lymphe interstitielle ; 6° de la composition chimique et de la pression osmotique du liquide intra-cellulaire et même de la perméabilité des cellules, qui peut ne pas être la même dans les diverses régions du corps. Si, dans bon nombre de cas, il est relativement facile de discerner quelle est, de ces multiples conditions, celle dont la variation commande les changements survenus dans le cours ou dans la composition de la lymphe, on comprend aussi que la diversité et même l'antagonisme des influences en cause ne le permette pas toujours. Il faut ajouter encore que la question des lymphagogues de la 1re classe reste en dehors de ces considérations : elle est toujours en suspens. L'explication qu'ont donnée STARLING et COHNSTEIN du mode d'action de ces substances ne repose que sur des hypothèses ; si bien que NOLF, dans un travail tout récent, en revient sur ce point à la théorie de HEIDENHAIN : la propeptone ne doit son pouvoir lymphagogue qu'à son action excito-sécrétoire sur l'endothélium des capillaires hépatiques.

On sait les intéressantes applications qui ont été faites de quelques-unes de ces données physiologiques à la pathogénie de l'œdème et et des hydropisies. C'est une question qui mériterait, à elle seule, une étude spéciale.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie complète du sujet prendrait trop de place ; on la trouvera dans quelques-uns des articles d'ensemble auxquels je renvoie, en particulier dans ceux de COHNSTEIN et d'ELLINGER ; j'y joins l'indication de quelques mémoires plus récents.

HEIDENHAIN. — Versuche und Frage zur Lehre von der Lymphbildung. *Arch. de Pflüger*, 1891, t. XLIX, p. 209.

ELLINGER. — Die Bildung der Lymphe. *Ergebnisse der Physiologie*. (I Jahrg. I Abtheil.), 1902, p. 355.

HAMBURGER. — *Osmoticher Druck und Ionenlehre*, 1904, t. II, page 30.

COHNSTEIN. — Œdem und Hydrops. *Ergebnisse der Allgemeine Pathol.*, 1896, III, p. 563.

STARLING. — On the physiological factors involved in the causation of dropsy. *The Lancet*, 1896, I, p. 1267. — The Production and absorption of Lymph. *Text Book of Physiol. edit.* by E. A. Schaefer, 1898, I. p. 285.

P. NOLF. — La pression osmotique en physiologie. *Revue génér. des Sciences*, 1901, t. XV, p. 459.

FALLOISE. — Le travail des glandes et la formation de la lymphe. *Bull de l'Acad. roy. de Belg.* 1902, p. 945.

BAINBRIDGE. — The lymphflow from the Pancreas. *Journ. of Physiol.*, 1905, p. 1.

P. NOLF. — L'action lymphagogue de la propeptone. *Arch. internat. de Physiol.*, 1905-1906, p. 229.

GENNARO D'ERRICO — Sur la lymphogénèse. *Arch. internat. de Physiol.*, 1905-1906, p. 168.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Conseil de l'Université a fixé aux 26 et 27 février les **congés** des jours gras.

— Par arrêtés ministériels récents, ont reçu **augmentation de traitement** : MM. les docteurs BÉDARD, chef des travaux de physiologie ; LOUIS, chef des travaux de chimie organique ; GELLÉ, préparateur d'anatomie pathologique ; BRETON, chef de clinique médicale.

Notre Carnet

M. le docteur DE COOPMAN, du Hâvre, nous fait part de la naissance de sa fille AGNÈS. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Jeudi dernier ont eu lieu, à Méteren, près Bailleul (Nord), les funérailles de M. DENIS DE SWARTE, ex-Interne au pavillon de la Diphtérie, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Une délégation de l'Union des Etudiants et des Internes des Hôpitaux accompagna jusqu'à sa dernière demeure l'ami qui laisse derrière lui des regrets si profonds chez tous ceux qui l'ont connu et aimé. M. le Dr DEBEYRE, au nom de la Faculté et des Internes, M. RAOUST, Président de l'Union des Etudiants, ont adressé à ce jeune confrère un dernier adieu.

Nous présentons à la famille, si cruellement éprouvée, l'expression de nos plus sincères condoléances. A. D.

UNIVERSITÉS

Ecole de plein exercice de médecine de Marseille. — M. le docteur PLATON, est nommé chargé de cours de gynécologie.

M. le docteur BRUN, est nommé chargé de cours de clinique chirurgicale infantile.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — M. le docteur MOULONGUET, professeur de pathologie externe, est nommé pour trois ans directeur de l'école.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur GERVAIS DE ROUVILLE est chargé pour neuf ans, à dater du 1er février 1906, d'un cours complémentaire de clinique gynécologique.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. le docteur MARGUERY, suppléant de la chaire de chimie, est chargé d'un cours de chimie médicale durant le congé accordé à M. ANDOUARD, professeur.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Sont promus et nommés aux grades de *Grand Officier* : M. le professeur BOUCHARD, de

Paris.— *Commandeur :* M. le docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, de Paris.—*Officiers :* MM. les docteurs MAURIAC et BODROS, médecins-majors de 1re classe de l'armée territoriale. — *Chevaliers :* MM. les docteurs WEISS, médecin principal de 2e classe de l'armée territoriale ; BRAULT, BUTEL, SCHOULL, LAURANS, THERRE, médecins-majors de 1re classe de l'armée territoriale ; JACQUEMIN, médecin-major de 2e classe de 'armée territoriale ; MASSORIN, médecin-major de 2e classe de l'armée de réserve, HUMBERT, de Rambouillet (Seine-et-Oise) ; BARBIER et DALCHÉ, médecins des hôpitaux de Paris ; PHOCAS, professeur à la Faculté de médecine d'Athènes.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CUFFER, médecin de l'hôpital Necker, de Paris ; LARTIGUE, de Lesparre (Gironde) ; RABIER, de Bergerac (Dordogne).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Petit code professionnel de la sage-femme (résumé de ses droits et de ses devoirs)**, par le docteur J. AUDEBERT, Paris, *Poinat*, 1905.

— **Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes**, par le professeur SCHLESINGER, traduction de MM. LICHTWITZ et SABRAZÈS, troisième partie, Paris, *Vigot*, 1905.

— **L'art d'alimenter les malades et les convalescents**, par le docteur P CORNET, Paris, *Steinheil*, 1905.

— **Movable kidney (ren mobilis) ; a cause of insanity, headache, neurasthénia, insomnia, mental failure and othery, disorders of the nervous systems : a cause also of dilatation of the stomach**, par le docteur SUCKLING, Londres, *Lewis*, 1905.

— **Technique chirurgicale journalière de l'étudiant au lit du malade**, par le docteur A. BESSON, *Giard*, Lille, 1905.

— **Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale**, par le docteur MARCHAND. Paris, *O. Doin*, 1906.

— **Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire**, par MM. A. CALMETTE et C. GUÉRIN, extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, octobre 1905.

— **Uréomètre clinique de Bénédict Teissier**, par le docteur CHANOZ. Lyon, *Association Typographique*, 1905.

— **Rhumatisme chronique et cancer**, par le professeur TEISSIER. Lyon, *Association Typographique*, 1905.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

6e SEMAINE DU 4 AU 10 FÉVRIER 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	6
3 mois à un an	2	3
1 an à 2 ans	2	2
2 à 5 ans	3	»
5 à 20 ans	»	3
20 à 60 ans	18	18
60 ans et au-dessus	10	19
Total	39	51

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	7	11	14	28	12	13	9	2	11	5	2	114
TOTAL des DÉCÈS	3	14	18	13	6	9	5	1	10	2	5	86
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS: Autres causes de décès	1	6	10	7	2	2	2	»	4	1	2	37
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Diarrhée et entérite: plus de 2 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: de 1 à 2 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Diarrhée et entérite: moins de 1 an	1	1	»	1	1	1	»	»	»	»	1	6
Maladies organiques du cœur	1	2	»	»	1	2	»	»	1	»	»	7
Bronchite	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Apoplexie cérébrale	»	3	1	1	»	2	»	»	1	»	1	9
Cancer	»	»	»	»	1	»	»	1	2	1	1	6
Autres tuberculoses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Bronchite et pneumonie	»	»	1	1	»	1	»	»	»	»	»	3
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	3
Tuberculose pulmonaire	»	1	2	2	»	»	2	»	1	»	»	8
Infection puerpérale	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Erysipèle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Dixième Année. N° 8 Le Numéro : **10** centimes 25 Février 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Danger de l'ingestion des bacilles tuberculeux tués par la chaleur (1)

par les docteurs **A. Calmette** et **M. Breton**, de l'Institut Pasteur de Lille.

Dans un précédent mémoire, publié en collaboration avec C. GUÉRIN (2), l'un de nous a établi que, chez les chèvres adultes, l'ingestion de bacilles tuberculeux d'origine bovine à petites doses, en deux ou trois repas infectants, produit en quelques semaines la tuberculisation des poumons et laisse le plus souvent les ganglions mésentériques indemnes, tandis que, chez les chevreaux à la mamelle, l'ingestion de lait provenant de mères atteintes de mammite tuberculeuse ou celle de très petites quantités de cultures de bacilles virulents aboutit toujours au développement d'une tuberculose des ganglions mésentériques, qui ne s'accompagne que rarement de tuberculisation pulmonaire.

En expérimentant avec des cobayes jeunes et adultes auxquels nous faisons ingérer en un seul repas seulement 1 ou 2 centigrammes de bacilles d'origine bovine fraîchement desséchés, incorporés avec de la pulpe de pommes de terre ou de carottes, nous avons pu constater que ces animaux se tuberculisent avec une remarquable constance. Chez les jeunes, âgés de dix à quinze jours, la mort survient en moyenne soixante-douze jours après l'unique repas infectant ; ils présentent des lésions ganglionnaires mésentériques très développées, et, dans la plupart des cas, ces lésions s'étendent au système ganglionnaire péri-bronchique, sans que les poumons soient le siège de tubercules visibles.

Chez les cobayes adultes — toujours après un seul repas infectant de 2 centigrammes de bacilles bovins fraîchement desséchés — la mort survient environ en douze semaines (92 jours en moyenne). A l'autopsie, on trouve toujours des lésions viscérales généralisées avec des tubercules pulmonaires et des lésions énormes des ganglions péri-bronchiques.

En présence de ces résultats, nous nous sommes proposés d'étudier les effets de l'ingestion répétée de bacilles tuberculeux stérilisés par la chaleur à 100° chez les cobayes tuberculisés par un seul repas infectant de 2 centigrammes de bacilles bovins secs, ou par l'injection intra-péritonéale de 1 milligramme des mêmes bacilles, et chez les cobayes sains.

***

(1) Communication à la *Société de Médecine du Nord*, séance du 23 février 1906 et à l'*Académie des Sciences* du 19 février 1906).

(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, Octobre 1905.

Citons, à titre d'exemple, l'une de nos séries d'expériences :

Nous avons fait ingérer à six cobayes adultes, d'un poids variant de 450 à 500 grammes, 2 centigrammes de bacilles secs ; six autres cobayes de même poids ont reçu dans le péritoine 1 milligramme des mêmes bacilles. Quinze jours après, nous leur avons fait ingérer, en six repas séparés les uns des autres par un intervalle de 5 jours, chaque fois 5 milligrammes de bacilles bovins chauffés à 100° pendant cinq minutes et incorporés à de la pulpe de carottes râpées.

Quatre cobayes témoins ingéraient en même temps que les précédents la même dose de bacilles chauffés à 100°.

Tous les cobayes infectés par les voies digestives ont rapidement maigri et sont morts successivement après 37, 41, 43 et 48 jours, soit en moyenne en 41 jours, avec des lésions viscérales peu développées.

Leurs reins étaient décolorés et volumineux. Ils présentaient, en outre, de l'hypertrophie des capsules surrénales et du foie, dont les tissus montraient sur les coupes des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse.

Les cobayes de la seconde série, infectés à la même dose par injection intrapéritonéale, sont tous morts successivement après 28, 31, 32, 33 et 35 jours, soit en moyenne 31 jours, avec les mêmes lésions rénales que les précédentes et une tuberculose généralisée à tous les viscères. Deux d'entre eux avaient les poumons fortement tuberculisés.

Sur les quatre cobayes témoins qui ont ingéré seulement les bacilles stérilisés par le chauffage à 100°, deux sont morts après 37 et 38 jours et les deux autres sont demeurés en bonne santé, après avoir un peu maigri. Ceux qui ont succombé ne présentaient aucune lésion tuberculeuse, mais les reins étaient décolorés, les capsules surrénales et le foie considérablement augmentés de volume.

Ces altérations anatomiques, trouvées avec une remarquable constance chez tous nos animaux, sont identiques à celles que l'on observe chez les cobayes auxquels on fait ingérer de petites doses répétées de tuberculine.

***

Nous sommes donc fondés à conclure :

1° Que, chez les cobayes infectés de tuberculose soit par les voies digestives naturelles, soit par injection intrapéritonéale, l'ingestion répétée de petites quantités de bacilles tuberculeux tués par l'ébullition hâte considérablement la mort, comme le ferait l'injection répétée de petites doses de tuberculine.

2° Que, chez les cobayes sains, l'ingestion repétée de bacilles tuberculeux tués par l'ébullition n'est pas inoffensive et produit parfois des désordres absolument semblables à ceux que l'on observe lorsqu'on fait ingérer, à peu de jours d'intervalle, plusieurs petites doses successives de tuberculine à des animaux non tuberculeux.

Des expériences actuellement en cours, faites en collaboration avec C. Guérin sur les grands animaux (bovidés et chèvres), nous apprendront bientôt si ces conclusions doivent être étendues à d'autres espèces animales sensibles à l'infection tuberculeuse.

Mais nous croyons devoir, dès maintenant, appeler l'attention des médecins et des hygiénistes sur ce fait que l'ingestion de produits tuberculeux, même stérilisés par la chaleur, peut être très dangereuse pour les sujets déjà infectés de tuberculose, et peut ne pas être inoffensive pour les sujets indemnes de cette maladie. *On devrait donc proscrire de l'alimentation de l'homme le lait, même stérilisé, provenant de vaches tuberculeuses*, la stérilisation par la chaleur ne suffisant pas à enlever à ce lait toute nocuité. *On devrait surtout éviter d'une manière absolue de nourrir des enfants et des sujets adultes, déjà tuberculeux, avec les laits, même stérilisés, provenant de vaches suspectes ou tuberculeuses.*

Il est éminemment désirable que la connaissance de ces faits nouveaux décide les pouvoirs publics à édicter des mesures tendant à astreindre les producteurs de lait destiné à la vente à une surveillance rigoureuse de leurs étables et les obligeant à soumettre périodiquement tous leurs animaux à l'épreuve de la tuberculine par les soins des médecins sanitaires.

Deux cas d'hyperthermie dépassant 42° au cours d'accès de fièvre urineuse. — Guérison.

par M. le docteur **Charles Dubois.**

Les températures qui atteignent et dépassent 42° chez l'homme sont assez rares : dans l'article « Chaleur » de son Dictionnaire de Physiologie (1), le professeur Charles Richet en rapporte 224 cas, relevés par lui jusqu'en 1898. Sur ces 224 cas, 100 seulement ont été suivis de guérison.

Nous avons recherché dans la littérature médicale les cas publiés depuis 1898. Nous avons bien trouvé un certain nombre de températures « élevées », mais nous n'avons pu contrôler comme dépassant 42° que les observations de J. Rendu (2), (43° chez une hystérique qui a survécu) et de E.-G. Bunbury (3), (43°8 quelques heures avant la mort chez une malade atteinte de fièvre rhumatismale).

Il nous a paru intéressant de signaler deux nouveaux cas d'hyperthermie, suivis de guérison, dans lesquels la température axillaire s'est élevée chez un malade à 42°3

(1). Ch. Richet. — Dictionnaire de Physiologie, tome III, article « Chaleur »

(2). J. Rendu. — Hyperthermie dépassant 43° pendant plusieurs jours. — Guérison. (*Lyon médical*, 1900, t. XCIII, p. 331).

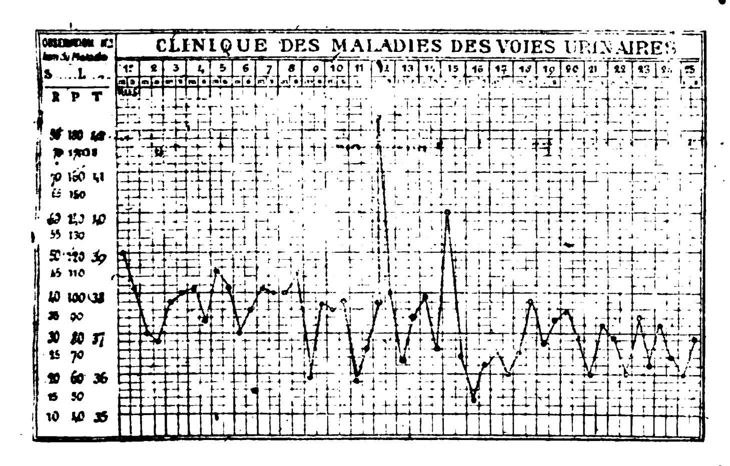
(3) E.-G. Bunbury. — Note on a case of extreme hyperpyrexia. (*British medical Journal*, vol. II, 1903, p. 193).

et chez un autre à 42°2. Ces cas ont été observés dans le service de notre maître, M. le professeur Carlier, auquel nous adressons tous nos remerciements pour avoir bien voulu nous permettre de les publier.

Voici, résumées, les observations de nos deux malades :

I. — Louis S..., 55 ans, dont le passé urinaire est très chargé, est entré à plusieurs reprises, et pour diverses affections, dans le service de la clinique des maladies des voies urinaires. En 1896, c'est un rétrécissement urétral, que M. le professeur Carlier lui sectionne avec l'urétrotome de Maisonneuve ; en 1897, c'est un calcul vésical qui nécessite la lithotritie. Revenu en 1899, puis en 1900, le malade se plaint d'avoir de temps en temps de violents accès de fièvre urineuse, et en effet, le soir même de son entrée, le 9 février 1900, il a une température de 41°9. L'état général est mauvais ; on met au malade une sonde à demeure que l'on enlève le 15 février, la température étant redevenue normale. Du 15 février au 12 mars, le malade est sondé matin et soir et son état paraît s'améliorer.

Brusquement, le 12 mars, vers midi, le malade est pris d'un terrible accès de fièvre et la température, qui s'élevait à 37°8 à 7 heures du matin, monte à 42°3 (voir courbe n° 1). Un quart d'heure après le thermomètre ne marque plus que 41°4, et le soir à 8 heures, 38°. Malgré cette alerte, l'état général du malade s'améliore suffisamment pour

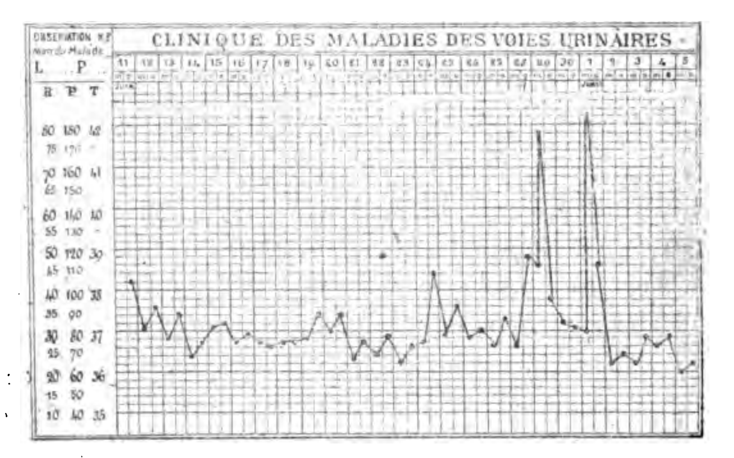


Courbe n° 1

permettre de lui enlever, le 24 mars, par une taille prérectale, un calcul enclavé dans la prostate. Les suites opératoires sont des plus heureuses, et le malade quitte le service le 29 mai tout à fait guéri. Depuis lors, il s'est plusieurs fois présenté à la consultation externe de la clinique, pour y faire constater son état de santé, resté très satisfaisant.

II. — Pierre L.... 58 ans, atteint d'une hypertrophie de la prostate, dont les premiers symptômes se sont manifestés quatre ans auparavant, entre dans le service de la clinique des maladies des voies urinaires le 11 juin 1905, à la suite d'un accès de rétention ; la température, qui est de 38°2, le soir de son entrée, redevient normale au bout de quelques jours. M. le professeur Carlier propose au malade, qui l'accepte, l'ablation de sa prostate et pratique, le 24 juin, une prostatectomie transvésicale, qui se passe sans incident.

Le 29 juin, vers dix heures du matin, peu après le pansement, le malade a un premier accès de fièvre urineuse avec température de 41°8. A deux heures, le thermomètre n'indique plus que 38°8 et le lendemain, 30 juin, la température reste basse (37°2 le matin, — 37°1 le soir). Le 1er juillet, vers une heure et demie du soir, le malade fait



Courbe n° 2

un nouvel accès de fièvre, et la température monte à 42°2 (voir courbe n° 2), pour redescendre progressivement à 38°4 vers huit heures du soir et redevenir, dès le lendemain, tout à fait normale. Le malade entre alors en convalescence. Il sort le 10 août, bien guéri de son opération : les mictions sont presque normales et l'état général est excellent.

Toutes les précautions ont été prises — cela va sans dire — pour qu'il ne se glisse aucune erreur dans les chiffres de température observés chez ces malades. La lecture des données thermométriques a été faite par plusieurs personnes (internes et sœurs du service) en qui nous pouvions avoir la plus grande confiance, et nous avons vérifié nos thermomètres en comparant leurs indications avec celles d'un thermomètre étalon, d'une rigoureuse exactitude, que nous a obligeamment prêté M. le professeur Damien, directeur de l'Institut de Physique de la Faculté des Sciences.

Nous avons tenu à publier ces deux cas d'hyperthermie à cause de leur rareté, — d'autant plus grande qu'ils ont été, l'un et l'autre, suivis de guérison. Celle-ci n'a été due, selon toute vraisemblance, qu'à la courte durée de l'hyperthermie : chez le premier malade, en effet, le thermomètre marquait au plus fort de l'accès fébrile 42°3, et un quart d'heure après 41°4 ; chez le second, la température n'atteignait plus que 41° une heure environ après que l'on avait observé le chiffre maximum de 42°2. Cela concorde d'ailleurs complètement avec les observations antérieures et justifie, une fois de plus, la remarque de M. le professeur Ch. Richet, « qu'en soi, une température de 42°, quand elle n'est pas trop prolongée, n'est pas absolument et nécessairement fatale ».

Un dernier point sur lequel nous désirons attirer l'attention est le suivant ; dans le tableau du Dictionnaire de Physiologie (tableau des cas où la température chez

l'homme a atteint et dépassé 42°), nous n'avons pas vu figurer la fièvre urineuse parmi les affections qui ont causé ces énormes hyperthermies. C'est qu'en effet, on n'a encore signalé, à notre connaissance, aucun cas de fièvre urineuse, où la température ait atteint pareille élévation. M. le professeur GUYON, dont on sait l'autorité en pareille matière, n'en a jamais observé, et voici, à ce sujet, ce qu'il dit, dans ses Leçons cliniques (1), en parlant d'un tracé où la température maxima était de 41°6 : « Ce chiffre est le plus élevé de tous ceux qu'il nous a été permis de constater dans les grands accès de fièvre ».

Les cas que nous venons de rapporter seraient donc les deux premiers connus d'hyperthermie dépassant 42°, au cours d'un accès de fièvre urineuse.

A propos d'un cas d'hypothermie extrême

par MM. **Le Fort**, professeur agrégé, chirurgien-chef au Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer et **Bachmann**, médecin résident au Sanatorium.

Ceci n'est que la suite assez banale d'une observation curieuse. Le 14 octobre 1904, nous avons communiqué à la Société de médecine du Nord « un cas d'hypothermie considérable et prolongé, chez une enfant atteinte de tuberculoses multiples des membres »; la relation en a été publiée in extenso le 19 février 1905 dans le n° 423 de l'*Echo médical du Nord*. Plusieurs de nos collègues ont bien voulu s'intéresser au fait que nous rapportions et nous ont demandé d'apporter la suite de l'observation. C'est ce que nous faisons aujourd'hui.

Suzanne D..., dont la température a été prise matin et soir depuis son entrée au sanatorium, s'est maintenue entre 37° et 38°, depuis le 8 décembre 1904 (date du dernier examen dans l'observation publiée dans l'*Écho*), jusqu'au 24 mars 1905. Une légère éruption de varicelle, du 27 janvier au 20 février, n'a pas modifié la courbe thermique.

Du 25 au 28 mars, la température s'élève de 38° à 38°5 et 38°7, sans complications apparentes du côté des plaies, puis retombe le 29 mars de 38°7, à 37°5, pour se tenir entre 37° et 37°5 jusqu'au 13 avril.

Du 14 au 17 avril, légère élévation (37°8 maximum) coïncidant avec une augmentation de la suppuration de la fistule de l'avant-bras droit.

Du 18 avril au 4 mai, la température reste entre 38° et 38°5, puis s'abaisse après élimination d'un séquestre, rejoint la normale vers le 20 mai et s'y maintient à peu près depuis huit mois.

L'enfant continue à se développer, les pesées faites le 20 de chaque mois, donnent :

Octobre	1904	10	kilos	700
Novembre	»	11	»	200
Décembre	»	11	»	500
Janvier	1905	11	»	800
Février	»	12	»	400
Mars	»	13	»	000
Avril	»	14	»	000
Mai	1905	13	kilos	800
Juin	»	14	»	700
Juillet	»	14	»	800
Août	»	14	»	300
Septembre	»	14	»	300
Octobre	»	14	»	500
Novembre	»	14	»	800
Décembre	»	14	»	800

(1) F. GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 4me Edition, 1903, Tome II, p. 66.

En décembre 1905, il ne reste plus, localement, comme lésions actives que des traces presque insignifiantes. Une ancienne cicatrice d'amputation d'index a recommencé à suinter légèrement. Toutes les autres lésions sont guéries.

Ce retour définitif à l'état normal permet de rejeter certaines hypothèses qui avaient été soulevées pour expliquer l'invraisemblable hypothermie (jusqu'à 33°7) qui, chez cette fillette, a duré plusieurs mois, et notamment celle d'un tubercule des centres thermiques. De même, l'influence possible d'un ténia que portait cette enfant peut être écartée, puisque, jusqu'en juillet 1905, elle a gardé son ténia. Il semble donc que nous sommes autorisés à admettre définitivement nos conclusions de février 1905 et à rendre responsables de l'abaissement thermique « la dépression de l'organisme épuisé par des suppurations multiples, l'immobilisation relative de la pauvre fillette, et sans doute aussi la perte de sang due aux interventions chirurgicales. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Janvier 1906 (*suite*)

Présidence de M. SURMONT, président.

Presentation d'une pièce orthopédique (main articulée)

M. Petit. — J'ai l'honneur de vous présenter une main articulée qui nous est envoyée par M. VIVIEZ, orthopédiste, à Lille. Quoiqu'elle n'ait pas été fabriquée pour un blessé que nous connaissions, elle nous a particulièrement intéressé, parce qu'elle serait applicable à un blessé que nous avons observé dans le service de notre maître. M. le professeur FOLET. Dans ce cas il s'agissait d'un jeune homme de quinze ans qui avait eu les quatre doigts et les quatre métacarpiens de la main droite broyés dans un pétrin mécanique ; on avait pu, par la méthode de RECLUS, conserver le pouce qui avait été considérablement lésé.

Grâce à l'appareil que nous vous présentons et qui est solidement fixé par une manchette autour du poignet, le pouce peut jouer un rôle actif dans ses mouvements d'opposition et le port d'un gant fait complètement disparaître l'apparence du traumatisme.

Luxation unilatérale gauche recidivante du maxillaire inférieur. Capsulorraphie. Guérison.

MM. Gaudier et Bernard rapportent l'observation d'une malade de trente-deux ans qui, au cours d'une

avulsion d'une grosse molaire, par un dentiste d'occasion, avait présenté une luxation unilatérale gauche du maxillaire inférieur. La réduction fut facile, mais les jours suivants la luxation se reproduisit spontanément, mais incomplètement. Ce n'était plus qu'une subluxation se reproduisant avec craquement, ressaut et douleur. Les douleurs à chaque mouvement de la mâchoire augmentèrent et la malade vint à l'hôpital.

Nous avons pu constater la subluxation à chaque ouverture de la bouche, on voyait à l'extérieur la saillie produite par le condyle qui se déclanchait et venait se loger sous l'apophyse zygomatique. Le doigt placé sur le condyle assistait au mouvement de déclanchement brusque. La réduction s'opérait facilement et spontanément par la simple fermeture de la bouche.

M. **Gaudier** pratique une capsulorraphie dont voici les principaux temps : incision verticale légèrement concave à un demi-centimètre en avant du tragus. Après ligature de veines, on arrive sur la capsule articulaire ; on l'ouvre et l'on met à nu le condyle que l'on trouve dépourvu de ménisque. Celui-ci se trouve fixé en place dans le fond de la cavité glénoïde. On réduit alors le condyle que l'on fixe en plissant la capsule à l'aide de deux fils de soie, et en ramenant en avant de l'articulation dans un double fil solide tous les tissus périarticulaires pour former une véritable sangle au-devant de l'articulation.

Les suites furent simples, la guérison rapide. A présent, les mouvements se font normalement, sans tendance au déplacement.

Ces cas sont rares : M. Terrier, présentant à la Société de Chirurgie en 1904 une observation absolument identique comme histoire, intervention et suites, avouait qu'il n'avait pas trouvé dans la science de cas analogue à celui qu'il montrait.

M. **Charmeil** signale que, dans le cas observé par M. Gaudier, les mouvements de luxation entraînent le déplacement parallèle du ménisque et du condyle.

M. **Gérard** établit une relation entre la luxation récidivante et la maigreur. Il compare ces luxations à des hernies de faiblesse et pense que la diminution du volume de la boule graisseuse de Bichat peut être une cause favorisant le déplacement.

M. **Gaudier** dit que cette hypothèse ne peut s'adapter à l'un des sujets observés, qui était très gras.

***

Séance du 9 Février 1906
Présidence de M. Noquet, président.

Sur un cas de gangrène des doigts de la main droite

M. **Folet** présente un malade dont M. **Gaehlinger** lit l'observation.

Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est âgé de vingt-sept ans et est mineur de son métier. Il est entré depuis le 29 janvier dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Folet, à l'hôpital Saint-Sauveur. Il vient parce qu'il présente de la gangrène de l'extrémité de l'index.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons que sa mère est morte subitement et qu'il a eu quinze frères et sœurs morts en bas âge.

Lui même n'a pas eu de maladie d'enfance. Il s'est marié il y a 3 ans et sa femme a eu successivement une perte à deux mois, une perte à quatre mois et demi et un enfant né à terme qui est mort au bout de six mois. Malgré ces pertes, il ne semble pas que le malade soit syphilitique. Il le nie d'ailleurs et n'a présenté aucun symptôme de cette maladie. On ne relève aucune cicatrice au niveau de la verge : le malade se dit ne jamais avoir eu de céphalées nocturnes, ni de laryngites à répétitions, etc., etc.

Il y a environ un an, au mois de février 1905, le malade avait une légère grippe qui l'a maintenu au lit pendant cinq ou six jours.

Il y a deux mois, le malade a eu des douleurs dans la région des muscles hypothénar du côté droit. Ces douleurs survenaient par crises et duraient quelques minutes. Le malade dit que ces douleurs étaient très fortes et empêchaient tout sommeil. Trois ou quatre jours après le début le malade présenta des douleurs qui se localisèrent dans l'index droit et qui atténuent avec les douleurs des muscles hypothénar.

Puis dix jours environ après les douleurs du début, le malade s'est aperçu qu'il se faisait à l'extrémité de son index droit une petite élevure blanc bleuâtre qui était entourée d'un pourtour violacé. Cette élevure siégeait au niveau de la matrice de l'ongle et du côté externe, il avait approximativement le volume d'une tête d'épingle noire. Le malade croyant que c'était un petit panaris, gratta avec une épingle et s'aperçut que le fond de l'ulcération ainsi créée était rempli d'une bouillie noirâtre.

Comme le sphacèle croissait, le malade consulta le médecin de la mine qui diagnostiqua un panaris et lui fit faire pendant plusieurs semaines des pansements humides au sublimé. Il lui conseilla de plus quelques cataplasmes à la farine de lin. Il lui enleva également l'ongle de l'index droit. Pendant ce temps, les douleurs continuaient et le sphacèle augmentant, le malade fut conduit à l'hôpital Saint-Sauveur.

A son entrée, ce qui frappe surtout lorsqu'on a enlevé le pansement, c'est la gangrène de la dernière phalange de l'index. Cette portion est noire, cornée, momifiée.

Sur les autres doigts et surtout sur la main, on remarque une coloration violacée de la peau, dont la

température locale est abaissée. La peau donne au toucher une sensation de viscosité particulière.

C'est en vain que l'on recherche le pouls au niveau de la radiale et de la cubitale. Lorsqu'on cherche l'humérale, on trouve que cette artère est transformée en un cordon dur, moniliforme, du diamètre d'un gros porteplume et qui ne présente pas de battements.

On ne sent pas davantage le pouls à l'axillaire, mais on le sent très nettement à la sous-clavière. Les autres artères du corps sont normales. On sent le pouls partout ailleurs. Les artères ne sont pas athéromateuses. Le malade nie d'ailleurs toute habitude d'alcoolisme ; il est très sobre d'après ses dires.

La sensibilité est à peu près normale au niveau du membre supérieur droit : il n'y a qu'une diminution au niveau de l'index droit et du pouce. La différence de température locale est assez sensible. Elle est de 1°3 au niveau du poignet, de 1°2 au niveau de l'avant-bras. On ne trouve rien à l'examen des autres organes. Le cœur et les poumons sont normaux. Les réflexes sont normaux. Rien dans les urines, ni albumine, ni sucre. Comme on ne trouve pas la cause de cette gangrène et dans l'hypothèse d'une artérite syphilitique, M. le professeur Folet décide de mettre le malade au traitement mercuriel et à l'iodure de potassium. On fait en même temps l'enveloppement ouaté du membre.

Le traitement a été commencé il y a six jours, mais depuis ce temps la maladie a continué ses progrès et les douleurs augmentent. Actuellement la gangrène a envahi tout l'index droit. On rencontre de même au niveau de l'extrémité du pouce une plaque de sphacèle qui augmente de jour en jour. Les doigts ont pris un aspect violacé et se couvrent de petites élévations blanches, semblables à celles qui ont précédé le sphacèle. Du côté de la main on observe du gonflement. L'avant-bras est envahi par des cordons lymphangitiques qui dépassent le coude.

Mais le symptôme sur lequel le malade appelle le plus notre attention, celui qui lui fait demander à grands cris une intervention quelle qu'elle soit, c'est la douleur qui, chez lui, est particulièrement marquée. Ces douleurs, surtout nocturnes, empêchent le sommeil, elles cèdent peu à l'administration de la morphine.

La diminution de la sensibilité que l'on observait au moment de l'entrée, a fait place à une hyperesthésie extrême, telle que le moindre contact est douloureux. Lorsque le malade arrive à s'endormir, son sommeil est troublé par le délire. La température oscille dans les environs de 38° et il lui est même arrivé d'atteindre 39°5.

Aussi devant l'intensité de ce phénomène douloureux, M. le professeur Folet serait assez disposé à faire une amputation. Mais quel devrait être le lieu de cette amputation. D'autre part, cette intervention diminuerait-elle la douleur ? Ce sont là autant de questions qu'il est très difficile de trancher.

Enfin quelle est la cause de cette gangrène ? On peut éliminer l'alcool, les cardiopathies. La syphilis paraît bien improbable. Il paraît difficile de rattacher à la grippe d'il y a un an l'affection qui nous occupe en ce moment. L'examen du malade ne permet pas de trouver d'autres causes.

C'est pourquoi je demande l'avis de la Société sur ce malade.

M. **Folet** demande l'avis de la Société sur la nature de la maladie et sur la nécessité d'une intervention médicale ou chirurgicale. L'absence de limitation, la marche ascendante lente mais continue de la gangrène, la perte des battements pulsatils des vaisseaux s'étendant à l'axillaire semble devoir faire envisager l'hypothèse d'une amputation. Le traitement antisyphilitique n'a pas donné de résultat. Doit-on se borner à l'expectation ou faut il intervenir ?

M. **Ingelrans** pense qu'il s'agit d'une artérite aiguë infectieuse. On ne peut incriminer ni l'alcool, ni la syphilis, ni le diabète. Il ne s'agit pas non plus d'embolie, car les valvules du cœur sont saines.

M. **Curtis** demande si l'on ne peut pallier aux douleurs par une nevrectomie où une névrotomie.

M. **Folet** répond affirmativement.

M. **Breton**, en l'absence de limitation précise et probable des phénomènes gangréneux, serait partisan de l'expectation qui n'exclurait pas cependant un traitement médical, sidérant de la douleur.

M. **Oui** se demande aussi quel sera le sort des lambeaux, dans le cas présent. Il est aussi partisan d'un traitement médical d'attente.

MM. **Curtis** et **Gérard** expliquent les douleurs ressenties par le sujet par l'anémie des troncs nerveux, et des phénomènes d'altération pathologique.

Deux cas d'hyperthermie dépassant 42° au cours d'accès de fièvre urineuse. — Guérison

M. **Dubois**. — Les deux observations *sont publiées dans le présent numéro.*

Hémiplégie cérébrale infantile. Pseudo-coxalgie Troubles trophiques osseux et articulaires.

M. **Bertin**. — Je vous présente un malade atteint d'hémiplégie cérébrale infantile, s'accompagnant de troubles trophiques osseux et articulaires constatés à la radiographie.

Il s'agit d'un enfant de 12 ans, amené par sa famille dans le service de M. le professeur Charmeil pour être radiographié parce qu'il présente des douleurs dans l'articulation de la hanche et des troubles de la marche qui ont pu faire penser à une coxalgie.

Cet enfant est né à terme, nous dit son père, mais l'accouchement a été extrêmement laborieux. Depuis son enfance, il présentait une certaine faiblesse dans le membre inférieur droit. Mais il y a deux ans, il a commencé à souffrir, et à se plaindre de douleurs assez vives dans l'articulation de la hanche, douleurs s'exagérant sous l'influence de la fatigue, ne disparaissant pas complètement au repos, et parfois assez violentes pour empêcher le sommeil.

Au premier examen du malade, le membre inférieur droit paraît sensiblement plus court que le gauche, mais on se rend compte que ce raccourcissement n'est qu'apparent, et par des mensurations précises on trouve à peine une différence de un demi-centimètre entre les deux côtés. La déformation est due à un mouvement d'élévation du membre malade.

Par contre, il existe une atrophie très sensible des masses musculaires. Au niveau du tiers inférieur de la cuisse, la mensuration donne une différence de un centimètre et demi entre les deux côtés. Il n'y a ni adduction, ni abduction, et en somme la seule attitude vicieuse est le mouvement d'élévation que nous avons signalé.

L'enfant déclare qu'il souffre spontanément, et que les douleurs s'exagèrent sous l'influence de la fatigue. Cependant la percussion du grand trochanter n'éveille aucune douleur, pas plus que la pression exercée sur le talon de façon à refouler la tête du fémur contre la cavité cotyloïde, ni que l'exploration classique de la tête humérale dans le triangle de SCARPA.

En cherchant à imprimer à l'articulation les différents mouvements d'exploration, on constate qu'il existe de la contracture. Les mouvements d'abduction sont impossibles, le bassin se meut d'une seule pièce et l'on sent les adducteurs tendus sous forme d'une corde rigide.

Malgré ces différents signes qui peuvent faire penser à une coxalgie, l'absence de douleurs provoquées, l'évolution de la maladie engagent à pousser plus loin l'examen du malade, et l'on constate alors les symptômes suivants :

La contracture observée à la hanche se retrouve aux différentes articulations. Au pied, en particulier, elle est très nette et persiste malgré la bonne volonté de l'enfant, qui relâche parfaitement ses muscles du côté sain. Les réflexes sont sensiblement exagérés, et l'on peut obtenir de la trépidation épileptoïde. La démarche est légèrement spasmodique. Enfin, l'examen du membre supérieur éclaire complètement le diagnostic. Ce membre est très légèrement raccourci, et présente une atrophie sensible ; c'est ainsi qu'on trouve aux mains une différence de un centimètre entre les deux côtés. Comme au membre inférieur, les réflexes sont exagérés.

La face est asymétrique, et il y a du côté opposé à la lésion un enfoncement très net de la voûte crânienne un peu au-dessus de la bosse frontale. On n'y observe pas de contracture. Je n'insiste pas sur les autres signes que vous pourrez retrouver chez ce malade : troubles circulatoires, sécrétoires, thermiques, etc. Le diagnostic s'impose : il s'agit d'hémiplégie spasmodique infantile, ayant déterminé des troubles trophiques avec contracture.

Mais ce diagnostic n'exclut pas absolument celui de coxalgie, et l'on peut très bien admettre, en se basant sur les signes que nous avons énumérés plus haut, que sur ce membre atteint de paralysie spasmodique est venue se greffer une affection tuberculeuse de la hanche. C'est ce qui a déterminé M. CHARMEIL à faire un examen radiographique complet de cette articulation.

Sur la première épreuve que je vous présente, le bassin est pris en totalité, dans une position symétrique, ce qui permet de comparer les deux articulations. On constate d'abord une atrophie très nette de toute la moitié droite du bassin ; les os sont beaucoup plus grêles, et l'on s'en rend compte particulièrement au niveau du fémur, du pubis et des branches ischio-pubiennes. Mais le fait le plus intéressant est qu'il existe une sorte de tassement des os : la longueur du col du fémur est sensiblement diminuée, et la tête semble aplatie. De plus, cette tête est légèrement luxée en haut, elle a perdu ses rapports normaux avec la cavité cotyloïde (c'est ce qu'explique le raccourcissement apparent dont nous avons parlé plus haut). Enfin, on y trouve une tache arrondie, de contours mal déterminés, qui indique une raréfaction du tissu osseux à ce niveau. Ces détails se voient plus nettement sur une seconde épreuve prise à l'aide du compresseur et l'on constate en même temps que les contours osseux sont très nets, qu'il n'existe aucune des lésions qu'on rencontre habituellement dans les affections tuberculeuses des os.

Ces lésions paraissaient devoir être attribuées plutôt à des troubles trophiques qu'à une coxalgie. Pour confirmer ce diagnostic, l'examen des autres articulations fut fait et révéla des lésions extrêmement intéressantes.

Au pied, on retrouve la gracilité des os constatée précédemment. Mais l'astragale semble avoir été particulièrement atteinte, elle est considérablement diminuée de volume, et au niveau de sa surface articulaire, elle a complètement perdu sa forme habituelle. Ces lésions sont très appréciables si l'on compare le pied normal au pied sain.

Le poignet présente également des troubles trophiques très accentués. Le grand os et l'os crochu semblent avoir été presque complètement résorbés, et n'ont plus du tout leur configuration normale ; de même pour le scaphoïde. On retrouve ici, comme précédemment, la gracilité de tous les os du membre supérieur.

En résumé, il s'agit chez notre malade de troubles tro-

phiques osseux et articulaires, consécutifs à une hémiplégie spasmodique de l'enfance. Nous avons cru d'autant plus intéressant de vous présenter le malade et les radiographies, que nous n'avons pas trouvé de documents iconographiques de ce genre depuis la découverte des rayons ROENTGEN.

Kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large

M. **Drucbert** présente un kyste de l'ovaire provenant d'une femme de 28 ans. Sans grands antécédents pathologiques, la malade bien réglée, depuis l'âge de 13 ans, avait eu 3 accouchements normaux et à terme, à 22 ans, 23 ans 1/2 et 25 ans ; les suites de couches furent excellentes. Depuis la malade fut toujours bien réglée, mais il y a un an et demi la malade fut prise, à l'occasion de ses règles, de violentes douleurs abdominales accompagnées de vomissements et de diarrhée séreuse ; depuis ces douleurs sont revenues à chaque époque et les phénomènes sont surtout aigus pendant le premier jour de l'écoulement menstruel. Le ventre a grossi progressivement.

A l'examen on constatait dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction rénitente, régulièrement arrondie, du volume d'une tête d'enfant, peu mobile et envoyant un prolongement plus dur et douloureux au toucher dans le cul-de-sac postérieur. La laparotomie a permis d'extraire ce kyste intéressant surtout par la manière dont il s'est développé dans le ligament large.

La tumeur a des parois très minces, son contenu étant limpide, elle est transparente ; elle s'est développée aux dépens de l'angle externe de l'ovaire, dont toute la partie moyenne et interne paraît saine quoiqu'augmentée de volume. Elle a clivé le tissu cellulaire sous-péritonéal et gagné l'aileron moyen du ligament large, et s'est épanouie en dédoublant le mésosalpinx ; la trompe est donc étirée en un mince tube qui parcourt les 3/4 de la circonférence du kyste ; le pavillon est normal, son ostium perméable ; on y remarque une hydatide pédiculée ; le ligament salpingo-ovarique est allongé et épaissi et adhère intimement à la paroi du kyste.

Cirrhose de Hanot

M. **Curtis** présente un gros foie pesant 2 kil. 800, provenant d'un malade atteint du mal de Hanot. La rate était grosse et il s'agissait de cirrhose biliaire splénomégalique. L'histoire clinique du malade eut pu faire penser, à tort, à une oblitération biliaire réelle, alors qu'il y avait acholie. A l'autopsie on constata une rétention de bile dans la vésicule, et l'existence de gros ganglions qui comprimaient soit le col de la vésicule, soit le cholédoque.

Maladie de Landry

MM. **Curtis** montrent à la Société des pièces anatomiques provenant d'un malade vu par M. PATOIR dans le service de la clinique médicale de l'hôpital St-Sauveur, malade ayant réalisé le type classique de la paralysie ascendante aiguë de LANDRY. Le sujet était mort asphyxié après paralysie de ses muscles respiratoires et sans avoir présenté de phénomènes bulbaires.

On a trouvé, à l'autopsie, des lésions médullaires étendues consistant en ramollissement des portions dorsale et lombaire, sans hémorrhagies. L'examen histologique sera fait ultérieurement.

M. CURTIS rappelle les nombreuses causes qui ont été invoquées pour expliquer la maladie. On a trouvé de nombreux microbes : le méningocoque, le streptocoque, etc. Un cas de rage a même réalisé parfaitement le type clinique de la maladie de LANDRY. Dans le cas présent, de nombreuses inoculations faites aux animaux pourront peut-être éclairer la nature de l'affection.

M. **Patoir**. — Le malade dont M. le professeur CURTIS vient de vous présenter la moelle a une histoire clinique des plus simples. C'était un homme de 45 ans, chauffeur, sans antécédents héréditaires notables et ne présentant lui-même rien de particulier dans ses antécédents personnels. Il nie l'alcoolisme et la syphilis et ne paraît pas avoir été soumis à aucune intoxication. Il est emphysémateux et tousse depuis quelques jours.

Le samedi 27 janvier 1906, se sentant mal à l'aise, il dut quitter sa machine pour rentrer chez lui et se reposer. Nuit agitée. Le lendemain le malade, toujours mal en train, sentait au niveau des pieds et des jambes de l'engourdissement, des fourmillements et des picotements et une certaine gêne à marcher. Le 29 les phénomènes s'accentuaient, l'impotence semblait gagner les cuisses et le 30 les membres inférieurs étaient paralysés. C'est le 31 janvier que le malade est entré dans le service de clinique médicale de St-Sauveur. Il est impossible de savoir d'une façon précise si pendant les jours précédents le malade a présenté de la fièvre. En tout cas, il n'en a pas le jour de son entrée et il n'en a pas eu pendant son séjour dans le service. Au moment de son entrée la paraplégie est complète et il existe une insensibilité absolue dans toute la hauteur des membres inférieurs. Les jours suivants, la vessie se paralyse et l'on est obligé de sonder le malade, l'insensibilité remonte petit à petit et gagne l'abdomen ; puis l'intestin se paralyse et le ventre est énormément météorisé. Le bras droit est frappé à son tour et c'est par les extrémités que débute la paralysie.

Le lundi 5 février l'état est le suivant :

Paraplégie complète : monoplégie brachiale droite complète et totale, début de paralysie du bras gauche, paralysie de la vessie et de l'intestin, insensibilité absolue remontant jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde. Escharre sacrée.

Le 6, la paralysie du bras gauche augmente, l'insensi-

bilité remonte jusqu'au mamelon ; les autres phénomènes persistent ; il n'y a aucun trouble bulbaire. Mais le malade respire difficilement à cause du météorisme ; il présente des signes de congestion pulmonaire. Le 6 au soir la paralysie du bras gauche est presque complète ; l'insensibilité a gagné les creux sous-claviculaires. On n'observe pas de troubles bulbaires. Le malade asphyxie ; il meurt dans la nuit du 6 au 7 février.

En somme un type parfait de paralysie ascendante, de maladie de LANDRY. A noter l'absence de fièvre, du moins dans la période où nous l'avons observé.

M. OUI rappelle que le cas de rage observé à Rochefort, et auquel M. CURTIS vient de faire allusion, se rapportait exactement au type clinique décrit par LANDRY. Le diagnostic de rage a été, dans ce cas, confirmé par les inoculations.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Croisière des médecins français, organisée à l'occasion du XVe Congrès international de médecine, Lisbonne 19-26 avril 1906. — Le grand nombre de médecins déjà inscrits au Congrès international de médecine va augmenter les difficultés de trouver à Lisbonne des logements suffisants pour abriter les Congressistes ; aussi des croisières *ont*-elles été préparées, depuis plusieurs semaines, par les étrangers.

C'est ainsi que sur les rives du Tage les pavillons anglais, allemand, américains, seront représentés par nombre de navires.

En présence de ce mouvement, on a pensé qu'il serait bon de voir également flotter, là-bas, les couleurs de la France.

Un navire a été retenu, l'*Etoile*, probablement, dont le nom est de bon augure. Ce bateau de plaisance, aménagé avec tout le confort moderne partira de Marseille le 8 avril, touchera aux rives fleuries de Majorque, fera escale à Malaga. Là, un train spécial, après avoir traversé les gorges merveilleuses d'El Choro, amènera la caravane à Grenade, la capitale splendide des rois maures, où l'on retrouve à chaque pas les vestiges d'une civilisation presque disparue, ensuite, escale à Tanger ; visite de la ville sur laquelle le monde a aujourd'hui les yeux fixés. Le groupe se dirigera alors sur Cadix et remontant le Guadalquivir, arrivera à Séville pour assister aux fêtes si originales du Samedi-Saint et du jour de Pâques. A Séville, le bateau servira d'hôtel : repas et séjour à bord, sans aucun dérangement. Après, viendra Cordoue, où l'on ira par train spécial ; (mosquée l'une des plus belles et des plus anciennes du monde). Enfin, nouveau séjour à Séville pour la visite des monuments, l'Alcazar et ses jardins, la cathédrale et la tour de la Giralda, etc. Et arrivée à Lisbonne.

Durant le Congrès, repas et séjour à bord, promenades dans les environs, probablement excursion à Porto par le bateau. Après les fêtes du Congrès, retour à Marseille par Algésiras, le détroit de Gibraltar et les côtes d'Espagne.

Prix du voyage de Marseille à Marseille, *tout compris*, (transport, nourriture, excursions en trains spéciaux, visites, entrées, promenades en groupes, pourboires) : 850 francs. Durée du voyage : 23 jours. Retour à Marseille le 30 avril dans l'après-midi. La compagnie P. L.-M. accordera des permis de demi-tarif pour Marseille et retour.

Il a paru nécessaire, pour la bonne réussite du projet en cours, que son organisation demeurât impersonnelle. Il était indispensable cependant de créer un centre de renseignements, j'ai été choisi comme « Boîte aux lettres ». C'est donc au docteur HELME, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris, que les adhésions ou demandes de renseignements devront être adressées.

Pour que la croisière ait lieu, il faut au moins cent adhésions. Sont admis : les médecins, étudiants et leur famille, voire même des amis présentés par un membre du corps médical.

M. HEUZÉ, qui s'occupe depuis près de huit ans de l'organisation matérielle des V.E.M., dirigera la caravane. C'est dire que les excursionnistes sont assurés de tout le confort et de tous les soins possibles.

N.-B.— Les places à bord seront attribuées dans l'ordre d'inscription. Chaque cabine ne comportera que deux occupants, trois ou quatre si on le désire, mais dans ce dernier cas on devra en faire la demande et indiquer ses compagnons de route.

Adresser les adhésions et souscriptions au docteur HELME, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 20 mars, terme de rigueur.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Année scolaire 1905-1906 (2e Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

DU 1er MARS 1905 AU 30 JUILLET 1906

Première année de Médecine

LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 4 h. à 5 h.
	Conférences de physiologie . .	de 5 h. à 6 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe. .	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiq. de physique biologique.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de pathologie interne. .	de 4 h. à 5 h.
	Cours de physique	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe .	de 5 1/4 h. à 6 h. 1/4

VENDREDI
Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Travaux pratiques d'histologie. de 2 h. à 4 h.
Cours de pathologie interne. . de 4 h. à 5 h.
Conférences de physiologie . . de 5 h. à 6 h.

SAMEDI
Clin. méd. ou clin chirurgic de 9 h. à 11 h.
Travaux pratiques d'histologie. de 2 h. à 4 h.
Cours de physiologie . . . . . de 4 h. à 5 h.
Cours de pathologie externe. . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4

Deuxième année de Médecine

LUNDI
Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Travaux prat. de physiologie . de 2 h. à 4 h.
Cours de pathologie interne. . de 4 h. à 5 h.
Cours de chimie biologique . . de 5 h. à 6 h.
Conférences de physiologie.. . de 5 h. à 6 h.

MARDI
Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Travaux pratiques de physiolog. de 2 h. à 4 h.
Cours de physiologie . . . . . de 4 h. à 5 h.
Cours de pathologie externe. . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

MERCREDI
Clin. médic ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Travaux pratiques de chimie . de 2 h. à 4 h.
Cours de pathologie interne. . de 4 h. à 5 h.

JEUDI
Clin. méd. ou clin. chirurgic. de 9 h. à 11 h.
Travaux prat de physiologie . de 2 h. à 4 h.
Cours de physiologie . . . . . de 4 h. à 5 h.
Cours de pathologie externe. . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

VENDREDI
Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Travaux pratiques d'histologie. de 2 h. à 4 h.
Cours de pathologie interne . . de 4 h. à 5 h.
Conférences de physiologie . . de 5 h. à 6 h.

SAMEDI
Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Travaux prat. d'histologie . . de 2 h. à 4 h.
Cours de physiologie . . . . de 4 h. à 5 h.
Cours de pathologie externe. . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Troisième année de Médecine

LUNDI
Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Travaux prat. de méd. opérat. de 2 h. à 3 h. 1/2.
Cours de pathologie interne. . de 4 h. à 5 h.
Cours et exercices prat. de parasit. à 5 h.

MARDI
Clin. méd. ou clin chirurg. . de 9 h à 11 h.
Cours de méd. opérat . . . . de 4 h. à 5 h.
Cours de pathologie externe. . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4

MERCREDI
Clin. méd. ou clin. chirurgic de 9 h. à 11 h.
Travaux prat. de méd. opérat. de 2 h. à 3 h. 1/2.
Cours de pathologie interne . . de 4 h. à 5 h.
Cours et exercices prat. de parasit. à 5 h.

JEUDI
Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Cours de médecine opératoire de 4 h. à 5 h.
Cours de pathologie externe. . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

VENDREDI
Clinique méd. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Travaux prat. de méd. opérat. de 2 h. à 3 h. 1/2.
Cours de pathologie interne. . de 4 h. à 5 h.
Cours et exercices prat. de parasit. à 5 h.

SAMEDI
Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
Cours de médecine opératoire . de 4 h. à 5 h.
Cours de pathologie externe. . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Quatrième année de Médecine

LUNDI
Clinique ophtalmologique . . . de 10 h. à 11 h.
Cours de médecine mentale . de 2 h. à 3 h.
Cours de médecine légale . . de 3 h. à 4 h.
Cours de pathologie interne . . de 4 h. à 5 h.
Clinique obstétricale . . . . . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/2.

MARDI
Clinique ophtalmologique . . . de 10 h. à 11 h.
Travaux prat. de médec. lég . de 2 h. à 3 h. 1/2.
Cours de bactér. et d'hygiène. de 3 h. 1/2 à 4 h.
Travaux prat. de bactériologie de 4 h. à 6 h.

MERCREDI
Clinique des voies urinaires. . à 10 heures.
Leçons pratiques d'hyg. de la 1re enfance. de 2 h. à 3 h.
Cours d'hygiène de la première enfance de 2 h. à 3 h.
Cours de médecine légale. . . de 3 h. à 4 h.
Cours de pathologie interne. . de 4 h. à 5 h.
Clinique obstétricale . . . . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/2.

JEUDI
Clinique des voies urinaires . à 8 h. 1/2.
Trav. prat de méd. légale . . de 2 h. à 3 h. 1/2.
Cours de bactér. et d'hygiene. de 3 h. à 4 h.
Travaux prat. de bactériologie de 4 h. à 6 h.

VENDREDI
Clinique des voies urinaires. . à 10 h.
Cours de médecine mentale . . . de 2 h à 3 h.
Cours de médecine légale . . . de 3 h. à 4 h.
Cours de pathologie interne. . de 4 h. à 5 h.
Clinique obstétricale . . . . . de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/2.

SAMEDI
Clinique ophtalmologique. . . de 10 h. à 11 h.
Cours d'hyg. de la 1re enfance . de 2 h. à 3 h.
Cours de bactér. et d'hygiène . de 3 h à 4 h.
Cours de médecine mentale . . de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

LUNDI
Cours de matière médicale et bot. . de 9 h à 10 h.
Trav. prat. de chimie orgin. . de 2 à 5 h.
Cours de chimie biologique . . . . . . de 5 h. à 6 h.

MARDI
Cours de physique. . . . . . . de 9 h. à 10 h.
Cours de chimie organique . . à 10 h.

MERCREDI
Conf. d'hydrol. et de minéral. de 11 h. à midi.
Cours de physique biolog. de 5 h. à 6 h.

JEUDI
Cours de matière médicale et botan. . de 9 h. à 10 h.

VENDREDI
Cours de physique . . . . . . de 9 h. à 10 h.
Cours de chimie organique . . à 10 h.
Travaux pratiques de chimie organ. de 2 h. à 4 h.
Conf. d'hydrol. et de minéral. de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

SAMEDI
Cours de matière médicale et botanique. de 9 h. à 10 h.
Trav. prat. de chimie org. . . . de 2 h. à 5 h.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI
Cours de matière méd. et botan. de 9 h. à 10 h.
Trav. prat de chimie organ.. de 2 h. à 5 h.
Cours de chimie biologique de 5 h. à 6 h.

MARDI
Cours de physique de 9 h. à 10 h.
Cours de chimie organique . . à 10 h.

MERCREDI
Conf. d'hydrol. et de minéral. de 11 h. à midi.
Cours de phys. biologique . de 5 h. à 6 h.

JEUDI
Cours de matière médic. et botanique de 9 h. à 10 h.

VENDREDI
Cours de physique . . . . . de 9 h. à 10 heures.
Cours de chimie organique. à 10 h.
Travaux pratiques de chimie organ. de 2 h. à 4 h.
Conf d'hydrol. et de minéral de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

SAMEDI
Cours de matière médic. et botan. de 9 h. à 10 h.
Travaux pratiques de chimie organ de 2 h. à 5 h.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI
Cours de matière médicale et botanique, de 9 h. à 10 h.
Travaux prat. de micrographie . de 2 h. à 4 h.
Cours de chimie biologique de 5 à 6 h.

MARDI
Cours de physique, de 9 h. à 10 h.
Cours de chimie organique à 10 h.

MERCREDI
Travaux prat. de micrographie. . de 8 h. à 10 h.
Cont. d'hydrol. et de minéral. de 11 h. à midi.
Travaux prat. de pharmacie . . . de 2 h. à 4 h.
Cours de physique biolog . . . . . de 5 h. à 6 h.

JEUDI
Cours de matière méd. et botan de 9 h. à 10 h.
Travaux prat. de physique . . . de 2 h. à 4 h.

VENDREDI
Cours de physique de 9 h. à 10 h.
Cours de chimie organique à 10 h.
Conf. d'hydrol. et de minéral. de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

SAMEDI
Cours de matière médicale et botanique de 9 h. à 10 h.
Trav. prat. de pharmacie de 2 h. à 4 h.

Première année de Chirurgie dentaire

LUNDI
Exercice sur le fantôme de 8 h. à 10 h.
Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
Cours d'anat., de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.

MARDI
Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

MERCREDI
Clinique médic. et clin. chirurgicale de 9 h. à 10 h. 1/2.
Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
Pathologie dentaire de 6 à 7 h.

JEUDI
Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

VENDREDI
Clinique médic. et clin. chirurgicale de 9 h. à 10 h. 1/2.
Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
Cours d'anat., de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.

SAMEDI	Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

Deuxième année de Chirurgie dentaire

LUNDI	Clinique médicale et clinique chirurg. de 9 h. à 10 h. 1/2. Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h. Cours d'anat.. de phys. et de pathol. élem. de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.
MERCREDI	Clinique médicale et clinique chirurg. de 9 h. à 10 h. 1/2. Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h. Pathologie dentaire de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clinique dentaire (soins) de 8 h. à 10 h.
VENDREDI	Clinique médicale et clinique chirurg. de 9 à 10 h. 1/2. Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h. Cours d'anat , de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

Troisième année de Chirurgie dentaire

LUNDI	Clinique dermatologique à 10 heures. Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h. Cours d'anat., de phys. et de pathol. élem. de 6 h à 7 h.
MARDI	Clinique dentaire (soins) de 8 h. à 10 h.
MERCREDI	Clinique dermatologique à 10 h. Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h. Pathologie dentaire de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.
VENDREDI	Clinique dermatologique à 10 h. Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h. Cours d'anat., de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clinique dentaire (soins) de 8 h. à 10 h.

Première année des Elèves Sages-Femmes

MARDI	Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires à 11 h.
MERCREDI	Cours théorique d'accouchements à 9 h. 3/4.
JEUDI	Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires à 11 h.
SAMEDI	Cours théorique d'accouchements à 9 h. 3/4.

Deuxième année des Elèves Sages-Femmes

LUNDI	Pratique des accouchements à 9 h.
MERCREDI	Cours théorique d'accouchements à 9 h. 3/4.
VENDREDI	Pratique des accouchements à 9 h.
SAMEDI	Cours théorique d'accouchements à 9 h. 3/4.

— Un **Concours pour l'Emploi de Prosecteur d'Anatomie** s'ouvrira le lundi 21 mai 1906, à dix heures du matin, à la Faculté de médecine de Lille. La durée des fonctions du Prosecteur est fixée à trois ans. Le traitement attaché à cet emploi est de 1.200 francs par an. Les candidats à ces fonctions devront faire parvenir au Secrétariat de la Faculté, avant le 15 mai : 1° une expédition, dûment légalisée, de leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur en médecine ; 3° un exemplaire de leur thèse et de chacun de leurs mémoires et travaux scientifiques.

Les épreuves du concours sont au nombre de quatre : 1° une préparation durable d'anatomie, pour l'exécution de laquelle les candidats auront un délai de deux mois ; 2° une composition écrite dont le sujet porte sur l'anatomie, l'histologie, l'embryologie et la physiologie ; 3° une leçon orale sur un sujet d'anatomie ; 4° une opération sur le cadavre.

Enfin, les candidats devront déposer, avant la dernière épreuve du Concours, un mémoire manuscrit indiquant les particularités importantes qu'ils auront découvertes au cours de leur préparation.

— A l'occasion de son installation, M. le Président de la République a accordé un jour de congé à tous les établissements d'enseignement public ; ce jour de congé sera joint au congé des jours gras.

— Par **arrêté ministériel**, en date du 17 courant, M. GUILLET, secrétaire des facultés de l'Université de Grenoble, est nommé secrétaire de la faculté de médecine et de la faculté des sciences de l'Université de Lille. Nous lui adressons nos souhaits de bienvenue.

— Par **arrêté ministériel**, en date du 21 courant :

M. le docteur PATOIR, agrégé, est chargé d'un cours de médecine légale, à la Faculté, du 1er mars 1906 au 28 février 1907, pendant la durée du congé accordé, pour raison de santé, et sur sa demande, à M. le professeur CASTIAUX.

M. le docteur BUÉ, agrégé, est chargé d'un cours de clinique obstétricale, à la Faculté, du 1er mai 1906 au 31 avril 1907, pendant la durée du congé accordé, pour raison de santé, et sur sa demande, à M. le professeur GAULARD.

— Parmi les **récompenses pour la propagation de la vaccine**, qu'a décernées le Ministre de l'Intérieur, sur le rapport du Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, nous relevons, avec satisfaction, le nom de M. GUÉRIN, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, à Lille, qui a été proposé pour une médaille d'or. Ses collègues du comité de collaboration leur adressent leurs affectueuses félicitations.

— Parmi les **récompenses attribuées par l'Exposition universelle de Liège** aux établissements d'assistance français, figure un diplôme de médaille d'or au ministère de l'intérieur, pour participation des asiles d'aliénés, de Bailleul et d'Armentières.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. Maurice DEHON, de Croix (Nord), licencié ès-sciences, aide-préparateur, lauréat de la Faculté et de la Société de médecine du Nord, a soutenu, avec succès, le vendredi 23 février, sa thèse de doctorat (n° 16), intitulée : **Contribution à l'étude du chimisme hépatique dans les maladies du foie.**

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des Sciences. — Vient d'être élu, à l'unanimité, membre correspondant, dans la section de physique, l'illustre physicien anglais, sir W. CROOKES.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur POLLOSSON (Auguste), agrégé, est nommé professeur de clinique gynécologique.

— M. le docteur LÉPINE (Jean), chef de clinique des maladies mentales, est chargé, jusqu'au 26 juin 1906, des fonctions d'agrégé, durant le congé accordé, sur sa demande, à M. le docteur CHARVET, agrégé.

Faculté de médecine de Nancy.—M. le docteur HAUSHALTER, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants.

— M. le docteur HOCHE, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'anatomie pathologique.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Ont été nommés *chevaliers* : M. le docteur GOT, de Paris ; M. JAFFARY, médecin-major de 2e classe.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs RICHE, médecin principal de la marine, en retraite à Paris ; MASSINI, de Calvi (Corse) ; ROUIT, de Marseille ; Gilbert PETIT, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Les formes cliniques du rhumatisme chronique**, par le professeur J. TEISSIER, de Lyon. Rapport au Congrès français de Médecine, 8e session. Liège, *Vaillant-Carmanne*, 1905.

— **Le rhumatisme, pathogénie et traitement**, par le professeur PÉNIÈRES, Paris, *Doin*, 1905

— **Rhumatismes chroniques**, par les professeurs TEISSIER et ROQUE, Paris, *J.-B. Baillière*, 1905.

— **Périnéorrhaphie par interposition**, par le docteur GARCIA, Paris, *Jouve*, 1905.

— **L'art d'éviter les maladies contagieuses mis à la portée de tous**, par le docteur TRÉTRÔP, Paris, *Baillière*, 1905.

— **Hygiène de l'oreille**, par le docteur HAUG, Paris, *Baillière*. 1905.

— **Histoire des maladies du pharynx, de 1800 à 1875, origines**, par le docteur C. CHAUVEAU. Paris, *Baillière*, 1905.

— **L'urine normale et pathologique, technique, urologique appliquée au diagnostic**, Paris, STEINHEIL, 1906.

— **Précis d'embryologie de l'homme et des vertèbres**, par le professeur HERTWIG. Paris, STEINHEIL, 1906.

— **Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin, rectum excepté**, par le docteur P. CAVAILLON. Lyon, *Storck*, 1906.

Statistique hebdomadaire du bureau d'hygiène de Lille

7e SEMAINE DU 11 AU 17 FÉVRIER 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	8	1
3 mois à un an	7	5
1 an à 2 ans	1	2
2 à 5 ans	1	7
5 à 20 ans	1	2
20 à 60 ans	15	15
60 ans et au-dessus	16	11
Total	49	43

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	1	1	2
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	2	»	2	»	»	»
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	2
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	1	2	3	1
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	2	»	»	»
Total	»	»	»	»	»	11	4	»	15	3	5	7

Répartition des décès par quartier	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 1 ans	Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans	Diarrhée et entérite plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	5	6
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	1	1	»	»	»	»	»	»	»	2	8	12
Moulins, 24,947 hab.	»	1	2	»	»	»	»	»	»	5	15	18
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	2	»	»	»	»	»	7	17	27
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	15
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	1	»	»	»	1	»	2	8	14
Esquermes, 11,381 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	5	8
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	6	7
Fives, 24,191 hab.	1	2	»	»	»	»	»	»	»	4	18	14
Canteleu, 2,836 hab.	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	4	14
Total	3	5	2	3	»	»	»	1	»	32	91	138

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 477. Dixième Année. N° 9 Le Numéro : **10** centimes 4 Mars 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Encéphalopathie atrophique de l'enfance à symptômes anormaux

par le docteur **Patoir,**
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

A côté des types classiques il existe en pathologie nerveuse une série nombreuse de types de transition qui prêtent à discussion et dont le classement dans les cadres parfois trop schématiques des affections nerveuses n'est pas toujours facile. C'est sur un de ces cas que je désirerais attirer votre attention.

OBSERVATION. — X..., 18 ans, garçon blanchisseur, est entré dans le service de clinique médicale de l'hôpital St-Sauveur, le 6 février 1906, avec des troubles de la motilité du côté gauche du corps. Il présente également des troubles de la parole et un certain degré d'hébétude. Il répond difficilement aux questions qu'on lui pose et fournit des renseignements très incomplets et erronés sur ses antécédents, non pas seulement parce qu'il pense mal, mais aussi parce qu'il ne se souvient pas ou ne comprend pas ce qu'on lui demande. C'est donc à sa mère que nous avons recours pour connaître l'histoire de sa maladie.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort accidentellement vers l'âge de 40 ans, sans avoir été malade ; au dire de sa femme, il n'était pas alcoolique et n'avait pas présenté de signes de syphilis. Sa mère fait partie d'une famille de douze enfants, dont onze sont vivants et bien portants. Grand'mère maternelle épileptique : c'est la seule tare nerveuse qu'on trouve dans les antécédents de X... Il est fils unique et sa mère n'a pas fait de fausse couche.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — Enfant malingre et assez difficile à élever, il a pourtant marché à treize mois et a parlé jeune. Son enfance s'est passée sans maladies infectieuses notoires et à aucun moment il n'a rien présenté qui pût faire penser à une méningite ou à une autre affection aiguë de l'encéphale. Son développement physique et intellectuel aurait été normal jusque vers onze ans. Il a appris à lire, à écrire, et s'est comporté jusqu'à cet âge comme un enfant d'intelligence et de santé moyennes.

Mis en apprentissage dans une imprimerie, il fut, au bout de peu de temps et après avoir fait des essais dans divers ateliers, obligé de renoncer à ce métier, parce qu'il devenait maladroit de ses mains. C'est alors qu'il entra dans une blanchisserie où sa besogne consistait à savonner et à frotter le linge de sa main droite, tandis que sa gauche était uniquement occupée à le maintenir sur la planche. Aucun incident notoire jusqu'en septembre 1903. A cette époque première crise convulsive qui fut suivie en décembre de la même année d'une seconde, après laquelle il resta trois jours dans une sorte de coma. Ce fut surtout à partir de ces crises que la mère s'aperçut que la maladresse des membres, surtout à gauche, s'accentuait, que la main du même côté était agitée de mouvements continuels, que sa parole devenait plus difficile et que sa colonne vertébrale était incurvée. En même temps elle notait des changements dans le caractère : l'enfant était devenu méchant, irritable. Entre temps survenaient à intervalles

irréguliers des crises convulsives, tantôt fort rapprochées (jusque trois par jour), tantôt éloignées (un mois, deux mois), l'irritabilité de X.. était notoirement plus grande à la suite des crises. D'intelligence moins vive, vivant à l'écart de ses camarades, devenant de plus en plus maladroit, X... est arrivé progressivement à l'état où il est aujourd'hui.

Etat actuel. — X... est assez grand pour son âge. Il est maigre, très peu musclé et présente une cyphose dorsale trè accentuée, compliquée d'un peu de scoliose. Thorax en carène. Périmètre thoracique : 70 centimètres. Moitié gauche du thorax : 33 centimètres. Moitié droite : 37 centimètres. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis ; pas de signes de dégénérescence. Les organes génitaux sont ceux d'un adolescent de cet âge.

Motilité. — En examinant X... on est frappé de suite par la maladresse des mouvements du membre gauche. Cette maladresse tient à un léger degré de parésie, mais surtout à la contracture et aux mouvements irréguliers qui agitent ces membres.

L'hémiplégie est peu marquée ; les membres gauches sont plus faibles que ceux de droite, mais leur force est encore très suffisante pour l'exécution de tous les mouvements. En revanche la tendance à la contracture est très nette. Elle se décèle dans les mouvements passifs, elle s'exagère dans les mouvements actifs ; l'attitude du malade debout est celle d'un hémiplégique à la période de contracture. le bras gauche collé au corps en extension incomplète, le pied dévié en dehors ; les réflexes tendineux sont exagérés et il existe de la trépidation épileptoïde. Pas de signe de Babinski.

En somme état paréto-spasmodique à gauche.

Les mouvements présentés par les membres gauches sont complexes. Au repos, les doigts, la main et l'avant-bras sont agités d'un tremblement irrégulier, peu rapide et à oscillations étendues, entrecoupé de temps en temps par un soubresaut qui agite tout le membre. Si l'on fait étendre la main le tremblement augmente et les soubresauts deviennent plus marqués. Enfin si l'on commande au malade un mouvement à grande envergure, les oscillations sont tellement fortes et irrégulières qu'il est incapable d'atteindre le but proposé, tant l'incoordination devient forte. Aussi le malade évite-t-il de se servir de sa main gauche. Même incoordination des mouvements dans le membre inférieur gauche mais un peu moins accentuée.

Le côté droit n'est pas tout à fait indemne et l'on y note également de la tendance au spasme, de l'exaltation des reflexes rotuliens sans trépidation épileptoïde et une certaine maladresse. De sorte qu'à certains moments et notamment quand il monte un escalier, le malade a une démarche à la fois spasmodique et titubante. Quand il titube, c'est toujours son membre inférieur gauche qui lui fait défaut.

Les spasmes existent aussi du côté de la face, à gauche surtout, au niveau des lèvres et de la langue et s'accentuent à propos des mouvements. Pas d'hémiplégie faciale.

Trophicité. — Le membre supérieur gauche est notoirement moins développé que le droit. La longueur du bras, de l'acromion au pli du coude est à droite de 25 centimètres, à gauche de 23 centimètres. Du pli du coude à la paume de la main, différence 1 centimètre en faveur du côté droit. Du poignet à l'extrémité du médius, différence de 1 centimètre. La circonférence du bras, à 15 centimètres au-dessus du pli du coude, est de 25 centimètres à droite et 18 centimètres à gauche. Même différence à l'avant bras. Les éminences thénar et hypothénar sont moins fortes, et le tour de main pris au niveau de la tête des métacarpiens accuse un centimètre de moins à gauche. Ces différences ne se retrouvent pas au niveau du membre inférieur, sauf au niveau du triceps crural, à cinq centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, où la mensuration donne un centimètre et demi de plus à droite qu'à gauche. A la face il y a aplatissement de la face à gauche et la fente palpébrale y est plus petite. La langue est notablement moins développée à gauche qu'à droite.

L'examen radioscopique montre que les os du membre supérieur gauche sont moins gros que ceux de droite.

Il n'existe nulle part de contractions fibrillaires.

Aucun trouble trophique de la peau ou des phanères. Cyanose et refroidissement des extrémités des deux côtés.

Rappelons la cyphose dorsale et le moindre développement du thorax gauche.

Sensibilité. — Le malade, se plaint assez souvent de douleurs vagues, mal localisées. Il accuse des douleurs plus précises quand on mobilise trop rapidement ses membres gauches. En dehors de ces troubles subjectifs rien à noter du côté de la sensibilité dont tous les modes sont intacts.

Le sens musculaire est conservé. Il n'y a pas de signe de Romberg. Pas de vertiges.

Réflexes tendineux exagérés des deux côtés mais surtout à gauche.

Réflexes cutanés conservés.

Sphincters. — Intacts. — Pas d'incontinence nocturne ni au moment des crises.

Organes des sens. — Appareil visuel. — Aucune paralysie ni externe ni interne. Pas de nystagmus Pas de signe d'Argyll Robertson : les deux réflexes sont conservés. Pas d'inégalité pupillaire.

Acuité visuelle : O. G. = $\frac{1}{2}$ - O. D. = $\frac{2}{3}$

Le champ visuel paraît normal ; le malade n'a jamais compris l'exercice qu'on voulait lui faire faire au campimètre. Fond de l'œil : La pupille semble plus grisâtre à droite ; mais les vaisseaux paraissent normaux des deux côtés. Rien à signaler du côté du goût, de l'odorat ou de l'ouïe.

Langage. — Dysarthrie manifeste. Le malade articule mal. Quelquefois il bredouille ; mais le plus souvent sa parole est scandée et explosive. D'ailleurs le malade évite de parler comme il évite de se servir de sa main gauche. Sa phonation, sauf le timbre nasonné et monotone de la voix, est intacte : la mastication et la déglutition sont normales.

Facultés intellectuelles. — Aucune idée délirante. Mais la mémoire fait souvent défaut : il se trompe de lit, ne se rappelle pas les phases de sa maladie. Lent à comprendre et à répondre, il est toujours hébété et vit dans une sorte de torpeur. Sommeil troublé ; cauchemars ; rêves parlés ; pas de somnambulisme.

A l'hôpital on n'a pas eu à souffrir de son caractère : il est geignard, taciturne et craintif mais pas méchant.

Tous ses viscères fonctionnent normalement.

X... n'a pas eu de crises convulsives depuis son entrée à l'hôpital : d'après la description qu'en a faite la mère, il s'agirait de crises épileptiques généralisées : c'est tout ce que nous pouvons en dire.

En résumé X.., à l'heure actuelle, présente une *hémiparésie spasmodique gauche* accompagnée de *secousses irrégulières, minimes au repos et très marquées pendant les mouvements* ; *un arrêt de développement du côté gauche, face*

et langue y compris ; *des troubles de la parole et de l'intelligence* ; et enfin, sous forme de paroxysmes intermittents, des *crises convulsives* qui, autant que nous pouvons le dire, sont des crises épileptiques.

Tels sont les symptômes caractéristiques de l'affection présentés par X... Cette affection paraît s'être constituée lentement sans début aigu et avoir évolué progressivement.

Quelques-uns de ces symptômes méritent d'être analysés de plus près. Il n'y a rien à dire de l'hémiparésie, forme atténuée d'une hémiplégie spasmodique, ni de l'arrêt de développement qui a frappé le membre supérieur, la face et très peu le membre inférieur. Cet arrêt de développement accompagne d'habitude l'hémiplégie quand elle se développe à un âge où le squelette et les muscles n'ont pas acquis leur longueur et leur volume définitifs. Pourtant il est exceptionnel que la langue y participe et déjà à ce point de vue l'observation de X... présente une particularité qui est à noter et sur laquelle nous reviendrons,

Quant aux mouvements qui agitent le côté gauche du malade, si l'on en excepte les soubresauts spasmodiques qui agitent tout un membre et augmentent l'incoordination motrice. ils peuvent se rapporter au tremblement. Ce tremblement, bien qu'il ne cesse pas complètement au repos, est nettement intentionnel et ressemblerait tout à fait à celui de la sclérose en plaques, s'il était en même temps massif. Mêmes remarques en ce qui concerne la dysarthrie et la démarche qui, elles aussi, sauf quelques variantes, font songer à la dysarthrie et à la démarche des malades atteints de sclérose en plaques. Si l'on ajoute que le début de la maladie a été insidieux et que son évolution, du moins en apparence, a été progressive ; si l'on considère que la tendance à la contracture et la maladresse des mouvements se retrouvent, quoique fort atténués, à droite ; enfin, si l'on fait entrer en ligne de compte l'hémiatrophie de la langue, symptôme rare en dehors d'une lésion bulbaire, on en arrive à se demander si le diagnostic, purement clinique d'ailleurs, d'encéphalopathie atrophique de l'enfance qui se présente d'abord à l'esprit est bien justifié et s'il n'y a pas lieu d'incriminer chez X... une affection qui mieux que l'encéphalopathie atrophique donnerait l'explication de tous les symptômes.

Il ne s'agit pas ici d'une Paralysie infantile. Outre la rareté de la localisation hémiplégique des atrophies consécutives à cette affection, la contracture, le tremblement, les troubles de la parole et de l'intelligence, les crises convulsives nous forcent à écarter la polyomyélite antérieure aiguë.

Nous devrons nous arrêter davantage devant l'hypothèse soit d'une Tumeur cérébrale, soit d'une Paralysie générale juvénile, soit enfin d'une Sclérose en plaques.

Une tumeur cérébrale pourrait donner lieu à une hémiplégie spasmodique, à des crises épileptiformes et à des troubles intellectuels. Mais il paraît bien difficile de lui rapporter l'arrêt du développement du côté gauche (ce qui supposerait une évolution exceptionnellement lente), les troubles de la parole, le tremblement et la démarche. De plus nous ne trouvons pas chez X... la céphalée, les vomissements ni d'autres symptômes qu'on est accoutumé de rencontrer en cas de tumeur cérébrale. De sorte que ce diagnostic, encore qu'on puisse, à la rigueur, le soutenir, nous paraît fort improbable.

L'évolution de la maladie, qui s'est constituée sans début brusque et d'une façon progressive, le tremblement et notamment celui de la face et de la langue, les troubles de la parole et de l'intelligence, la démarche spasmodique et enfin les crises épileptiformes peuvent faire penser à la paralysie générale juvénile. Déjà la localisation très prédominante des troubles moteurs à gauche, la forme spéciale du tremblement et de la dysarthrie, l'absence d'atrophie des organes génitaux doivent faire douter de la légitimité de ce diagnostic. Mais comment concilier l'arrêt de développement du membre supérieur gauche avec l'idée d'une paralysie générale, même juvénile ? Pourrait-on penser à la forme infantile de la P. G.? Ce qu'on sait de la paralysie générale infantile — et on en sait peu de chose, puisque pour des raisons diverses son existence même est mise en doute — permet de croire que si notre jeune homme eût été frappé de P. G. pendant l'enfance, nous n'aurions plus à discuter sur son cas que pièces anatomiques en mains.

Quant à la sclérose en plaques, il ne peut être question ici de la forme classique de cette affection. Mais il en existe des formes frustes, voire même presque monosymptomatiques, et des formes anormales nombreuses et l'on peut concevoir que des plaques de sclérose soient disséminées de telle façon qu'elles nous donnent, comme chez notre malade, outre la démarche, l'hémi-tremblement et les troubles de la parole, certains autres symptômes qui sortent du cadre ordinaire de la sclérose en plaque, tels que l'hémiparésie, les attaques épileptiformes et les troubles intellectuels et même, à la rigueur, l'hémiatrophie de la langue. Mais il reste toujours l'arrêt de développement du côté gauche qu'une sclérose en plaques ne saurait expliquer.

Nous voici donc ramenés, par exclusion, au diagnostic d'encéphalopathie atrophique de l'enfance. L'hémiplégie spasmodique, l'arrêt de développement des membres et de la face, l'épilepsie survenant au moment de la puberté, les troubles intellectuels consécutifs rentrent dans le cadre classique des encéphalopathies de l'enfance. Quant au tremblement, le fait qu'il revêt le caractère un peu particulier de tremblement intentionnel ne doit pas nous faire oublier que l'hémi-tremblement est un des troubles moteurs qui peuvent accompagner l'hémiplégie spasmo-

dique infantile, d'autant plus qu'ici, comme il arrive souvent en cas de lésion cérébrale, le tremblement n'est pas pur et qu'il se complique de soubresauts spasmodiques et même de véritables mouvements ataxiques.

Que ces mouvements se soient propagés à la face et à la langue et qu'il en soit résulté une dysarthrie spasmodique, le fait, quoi qu'exceptionnel, s'explique fort bien par l'existence d'une lésion cérébrale. L'hémiatrophie de la langue serait plus difficile à expliquer si l'on s'en tenait au terme atrophie pris dans le sens d'une régression ; mais si nous ne séparons pas cette hémiatrophie linguale de l'atrophie du membre supérieur et si nous la considérons comme liée, non pas à un processus de régression, mais à un arrêt de développement, nous voyons qu'elle trouve sa raison d'être dans une lésion qui a frappé l'hémisphère droit avant son complet développement.

La symptomatologie actuellement présentée par notre malade trouve donc son explication satisfaisante dans l'hypothèse d'une encéphalopathie de l'enfance. Concorde-t-elle aussi avec le mode de début et l'évolution progressive de la maladie et enfin avec l'extension des symptômes au côté droit ?

Très souvent, il est vrai, les encéphalopathies de l'enfance débutent par un épisode aigu. Mais, outre qu'ici nous devons tenir compte que les renseignements donnés par la mère sont peut-être incomplets, nous savons que certaines encéphalopathies de l'enfance se constituent, du moins en apparence, en dehors de tout état maladif notoire. Nous savons aussi que certains cas ont une évolution progressive et qu'il n'est pas rare de voir des enfants frappés jeunes dans leur cerveau présenter vers la puberté des crises d'épilepsie et évoluer ensuite vers la démence : cela est tellement connu qu'on s'est demandé si beaucoup d'épileptiques n'étaient pas au début des encéphalopathiques devenus épileptiques, au moment où le cerveau a pris son complet développement.

Quant à la participation minime du côté sain aux phénomènes d'excitation présentés par le côté malade, elle existe souvent au cours de l'hémiplégie de l'adulte ; il n'y a rien d'étonnant qu'elle existe aussi dans l'hémiplégie de l'enfant. De plus, sans parler ici de diplégie — ce qui serait excessif — on sait que dans les encéphalopathies, les lésions bilatérales ne sont pas très rares.

Il nous paraît donc que notre cas, avec sa symptomatologie un peu particulière, peut rentrer dans le cadre, d'ailleurs très large, des encéphalopathies atrophiées de l'enfance.

Ce classement ne préjuge en rien de la lésion causale. S'agit-il d'une des formes de sclérose cérébrale infantile, de méningo-encéphalite ou d'une autre lésion? Il nous est impossible de le savoir d'une façon précise, car si les symptômes présentés actuellement par notre malade nous permettent de dire que son cerveau a été atteint par la maladie avant son complet développement et que c'est le neurone-moteur cortical qui est particulièrement frappé, ils ne nous donnent pas de renseignements sur la nature des lésions en cause. Aussi, quand nous avons cru pouvoir pour les raisons que nous avons exposées écarter certains diagnostics pour en adopter un autre, c'est au point de vue clinique que nous nous sommes placés. Et il ne nous répugne pas d'admettre que la méningo-encéphalite particulière à la P.-G., qu'une tumeur cérébrale, voire même une sclérose en plaques puissent dans certaines conditions, très rares mais théoriquement possibles, réaliser une symptomatologie analogue à celle de notre malade.

Aussi bien il n'est pas toujours très facile même histologiquement de différencier une méningo-encéphalite banale d'une méningo-encéphalite de la P.-G., une sclérose tubéreuse d'une tumeur cérébrale et on sait que beaucoup de cas étiquetés sclérose en plaques de l'enfance ne sont en réalité que des scléroses atrophiques.

Il faut donc savoir se borner dans beaucoup de cas à un diagnostic de localisation et poser une étiquette provisoire ; nous n'avons voulu rien de plus en cette circonstance.

Sur un cas de tétanos céphalique

par MM. **Minet** et **Gaehlinger**, internes des hôpitaux.

Le nommé Achille L..., 32 ans, journalier, demeurant à Marquette, se présente à la consultation de M. le professeur Folet, le 19 décembre 1905. Il raconte qu'il est tombé sur la tête, près d'une machine à battre le blé, il y a exactement trois semaines. Il s'est fait du côté gauche de la face, une plaie qu'il n'a ni nettoyée, ni soignée et qui s'est mise rapidement à suppurer.

Le 16 décembre, il a remarqué que la suppuration s'est arrêtée tout à coup, et il nous déclare que, tandis qu'auparavant il devait nettoyer sa plaie de temps à autre avec son mouchoir, il n'a plus dû le faire à partir de ce moment. Mais, par contre, il a remarqué le soir même, qu'il éprouvait de la difficulté à ouvrir la bouche.

Il entre dans le service de M. le professeur Folet le 19 décembre, c'est-à-dire trois jours après le début des accidents.

A son entrée, on trouve à l'endroit où existait la plaie, une tuméfaction du volume d'une petite noix, qui siège à la région temporale droite, à deux centimètres en arrière de la queue du sourcil. La pression sur cette petite tumeur fait sourdre une gouttelette de pus, par un petit orifice, du diamètre d'une tête d'épingle. L'on remarque en même temps une légère tuméfaction des ganglions sous-maxillaires du côté droit qui sont mobiles et indolores. La mâchoire inférieure est contracturée, le trismus très serré ne permet qu'un écartement d'un demi centimètre, cependant il est plus marqué du côté droit que du côté gauche. La parole est un peu embarrassée et la langue ne peut être tirée hors de la bouche. Il présente en même temps une dysphagie légère, marquée par quelques troubles de la déglutition au moment des repas. Pas de troubles respiratoires, ni circulatoires.

Il y a une paralysie faciale complète du côté droit : le facial supérieur et le facial inférieur sont intéressés : absence de rides sur la moitié droite du front, abaissement de la commissure labiale droite, joue droite flasque et tombante. Seul l'orbiculaire des paupières paraît à peu près intact. Pas de paralysie des muscles oculomoteurs. Léger rétrécissement pupillaire du côté gauche. Pas de troubles sensoriels, mais quelques douleurs assez fortes du côté droit. Absence totale de fièvre, Aucune contracture dans les autres parties du corps.

On incise largement la tuméfaction de la région temporale : il en sort quelques gouttes d'un pus crêmeux que l'on recueille dans une pipette stérilisée et un morceau de bois du volume de la moitié d'une noisette.

L'on désinfecte énergiquement la région par le sublimé et l'eau oxygénée. On laisse la plaie largement ouverte et on la recouvre d'un pansement à l'eau oxygénée.

Le malade est mis au repos absolu dans une chambre obscure et on lui donne une potion avec :

Hydrate de Chloral.	12 gr.
Chl. de Morphine	0,04 ctg.
Julep gommeux	150 gr.

Enfin 2 inject. de sérum antitétanique.

Le 20 décembre, le pouls est à 72, la température 37°2. On observe en sus des symptômes déjà observés la veille, une paralysie complète du releveur de la paupière supérieure du côté gauche. L'embarras de la parole s'est beaucoup accentué et on comprend à peine ce que dit le malade. La dysphagie est complète, sauf pour les liquides. Le malade est très obnubilé, sans doute sous l'influence du chloral et de la morphine que l'on continue à la même dose.

Le 21 décembre, température 37°2. Le tétanos est toujours limité à la face et l'état général est à peu près le même que la veille.

L'examen bactériologique du pus fait à l'Institut Pasteur, donne les résultats suivants. « A l'examen direct, quelques rares bacilles du tétanos, libres ou phagocités dans les leucocytes polynucléaires ». La plaie suppure très peu. On continue les pansements à l'eau oxygénée et la potion au chloral et à la morphine. Quelques jours après son entrée, le malade présente une légère élévation de température qui cède à une purgation par l'huile de ricin. Depuis, la température reste toujours entre 36°5 et 37°. On diminue peu à peu la dose de chloral absorbée dans la journée.

Le 31 décembre, le malade prend par jour 6 grammes de chloral et 4 centigrammes de morphine. La plaie, que l'on maintient ouverte, ne suppure presque plus. Le trismus est toujours très accentué ; la paralysie faciale est stationnaire. Quant à la paralysie du releveur de la paupière gauche, elle a diminué sensiblement ; le malade entr'ouvre son œil gauche. La dysphagie semble un peu moins prononcée. L'état général est bon.

Le 8 janvier, l'état du malade est bien amélioré. La plaie est guérie. Le trismus diminue, la paralysie faciale droite persiste, mais rétrocède un peu. Le releveur de la paupière gauche se contracte encore plus paresseusement que celui de droite. Le malade ne peut encore absorber que des aliments liquides. On le remet dans la salle commune et on cesse la potion au chloral.

Le 15 janvier, le trismus a assez notablement diminué pour permettre l'alimentation solide. La dysphagie est disparue. La paralysie faciale diminue.

Le 27 janvier, le malade sort à peu près guéri. Les mouvements des mâchoires sont faciles et indolores. Cependant les baillements sont douloureux ainsi que les premiers mouvements de la mâchoire inférieure au réveil.

La plaie est complètement cicatrisée.

Il persiste à peine quelques traces de la paralysie faciale. Un peu de flaccidité de la joue. La langue est très légèrement déviée à droite. L'orbiculaire des paupières se contracte un peu moins bien à droite qu'à gauche.

Cette observation nous a paru intéressante à signaler à cause de la rareté du tétanos céphalique et aussi à cause de la terminaison heureuse de ce cas. En effet, le pronostic de cette affection, quoique moins grave que celui du tétanos généralisé est cependant très sérieux, surtout lorsqu'elle est compliquée de paralysie faciale, et la statistique d'HALTENHOFF donne une mortalité de 65 p. 100.

Mais ce qui est particulièrement remarquable dans ce cas, c'est la paralysie du releveur de la paupière supérieure du côté opposé à la paralysie faciale. Cette paralysie fut d'ailleurs extrêmement bénigne, puisqu'elle rétrocéda rapidement et qu'elle disparut complètement trois semaines environ après son début.

Nous avons recherché à ce sujet dans les articles récents les cas semblables existant dans la science et il ne nous a été donné de trouver que cinq observations de tétanos céphalique avec ophtalmoplégie du côté opposé à la paralysie faciale.

L'ophtalmoplégie déjà signalée par HIPPOCRATE (1) et LARREY (2) est déjà un symptôme rare au cours du tétanos céphalique, mais elle est cependant plus fréquente que celle qui nous occupe ici.

Dans l'étude générale faite par BRUNNER (3) sur le tétanos céphalique, nous ne trouvons que trois cas d'ophtalmoplégie du côté opposé.

1° Cas de VON WAHL. — Plaie du sourcil droit consécutive à une chute. Au neuvième jour, trismus, paralysie faciale droite, accompagnée de phénomènes généraux graves. Le dix-huitième jour, mort précédée d'une parésie du droit interne gauche.

2° Cas de ROCKLIFFE. — Plaie orbitaire suivie au dixième jour de trismus et de ptosis des deux côtés. Diplopie pour les objets rapprochés.

3° Cas de ROBERTS. — Blessure de la paupière inférieure gauche. Trismus au quatrième jour, accompagné d'immobilité de l'œil gauche, de mydriase, avec suppression du réflexe lumineux. En même temps s'installe une hémiparalysie faciale gauche, suivie de paralysie complète de l'œil droit et du facial supérieur droit. Exitus au huitième jour, précédé de spasmes faciaux et abdominaux.

FROMAGET (4), en 1894, fait une étude générale sur les symptômes oculaires du tétanos, mais il ne mentionne pas de cas nouveau d'ophtalmoplégie du côté opposé à la plaie.

En 1902, signalons le cas de HALTENHOFF (5) :

(1) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
(2) LARREY. — Mémoires et campagnes.
(3) BRUNNER. — *Beitrage zur Klin. Chirurgie*, 1892-1893.
(4) FROMAGET. — *Archives d'ophtalmologie* (1894).
(5) HALTENHOFF. — *Revue de la Suisse Romande* (1902).

Plaie de la partie supérieure de l'orbite droite. Au cinquième jour, paralysie faciale et trismus. Au septième jour, strabisme convergent de l'œil gauche, dû à une paralysie du droit externe. Myosis surtout marqué à droite. Guérison lente.

En 1906, nous trouvons dans la *Province Médicale* (1), parmi cinq cas de tétanos céphalique, une observation d'ophtalmoplégie du côté opposé :

Coup de fouet sur l'œil droit. — Panophtalmie consécutive nécessitant l'énucléation de l'œil. Cinq jours après, trismus et gêne des mouvements de l'œil gauche. Au sixième jour, paralysie faciale inférieure droite. A gauche il ne reste plus que quelques mouvements d'abduction de l'œil. Ptosis à peu près complet. Myosis. Absence de réaction à la lumière et à l'accommodation. Mort huit jours après avec spasmes généralisés.

Par conséquent, dans ces différents cas et dans le nôtre en particulier, la paralysie oculaire était localisée au moteur oculaire commun, sauf toutefois dans le cas de ROBERTS, où il y avait paralysie des 3e, 4e et 6e paires et dans celui d'HALTENHOFF, où l'ophtalmoplégie était abductrice.

Dans notre cas, nous avons également noté un symptôme oculaire souvent signalé dans le tétanos en général, c'est le retrécissement de la pupille du côté de l'ophtalmoplégie. Cependant dans certaines observations, et en particulier dans celle de ROBERTS et dans un cas d'ophtalmoplégie homonyme de JACOBSON, on note de la mydriase. La rareté de ces cas s'explique par l'action du poison tétanique qui fait contracter l'iris.

La mydriase s'expliquerait alors par une action plus marquée de la toxine sur les filets nerveux de l'iris.

Comment pouvons-nous expliquer cette ophtalmoplégie du côté opposé à la lésion ?

Les expériences nombreuses du BRUNNER sur les animaux ont démontré que le poison tétanique agit sur les centres, dans la moelle et la protubérance, auxquels il est porté le long des voies nerveuses. On pourrait peut-être expliquer, comme le fait d'ailleurs HALTENHOFF, la paralysie des nerfs éloignés du point d'inoculation par le voisinage des noyaux bulbaires. Mais comme ces complications sont rares et comme d'autre part les autopsies peu nombreuses n'ont pas donné de résultats, on ne peut encore que se livrer à des hypothèses, car « il doit y avoir dans chaque cas individuel des circonstances pathogéniques qui nous échappent entièrement » (HALTENHOFF).

(1) *Province Médicale*. — 13 janvier 1906.

Consultations Médico-Chirurgicales

Varices des membres inférieurs

Professeur-agrégé LAMBRET.

Varices non compliquées

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Un homme d'une trentaine d'années, porte sur ses jambes de grosses veines tortueuses considérablement dilatées, qui soulèvent la peau en saillies irrégulières et bleuâtres, serpentent, se pelotonnent, se ramassent en certains points sous forme de plaques et donnent à la vue et au toucher l'impression de paquets de cordes molles, enroulées, repliées et tordues. Réparties inégalement sur la jambe et sur la cuisse, d'ordinaire plus nombreuses à la jambe, ces paquets veineux prédominent, soit sur le territoire de la saphène interne, soit sur celui ou de la saphène externe ; à la cuisse, bien qu'on les trouve partout, sur le trajet de la saphène interne surtout, le long d'une raie brunâtre due à la pigmentation de la peau, elles forment une saillie sinueuse qui remonte jusqu'à la racine du membre et présentent souvent des dilatations ampullaires en des points de prédilection au triangle de Scarpa, au milieu de la cuisse.

Le malade couché, soulevez le membre inférieur au dessus du plan du lit : les veines s'affaissent et disparaissent rapidement, se vidant comme se viderait un tuyau plein de liquide sous l'influence de la pesanteur ; replacez le membre dans la position horizontale, immédiatement le sang reflue dans les veines ; il y reflue de haut en bas, en revenant directement du cœur droit : il est d'ailleurs facile de s'opposer à ce reflux et à cette distension immédiate de la varice en comprimant la veine fémorale.

Autre constatation : le malade couché, en un point élevé de la saphène, donnez une chiquenaude ; il se produira une onde que l'œil suivra jusqu'au mollet et dont le doigt percevra la propagation et le choc.

Entre les paquets veineux, la peau a sa coloration normale et sa souplesse habituelle ; il n'y a pas non plus d'œdème des membres.

Interrogé, le malade déclare que s'il vous consulte, c'est en raison de la gêne qu'il éprouve, et aussi, ce qu'il n'ignore pas, qu'il peut surgir un jour des complications. En dehors de cela, il souffre peu, un peu d'œdème apparaît de temps en temps le soir à l'occasion d'une fatigue ; la fatigue, toutefois, vient vite, il est obligé de se reposer souvent, et le soir il éprouve une vague sensation de gêne, de plénitude, de distension des membres, il a souvent des crampes dans le mollet et fréquemment

aussi des démangeaisons ; mais, en somme, tout cela n'est pas grave et ne l'empêche pas de vivre à peu près de la vie de tout le monde. C'est là un exemple de *varices à reflux cardiaque.*

II. Une femme d'une soixantaine d'années raconte que des varices lui étaient survenues aux jambes à l'occasion de sa deuxième grossesse, avaient augmenté aux suivantes, ne l'importunant que pendant la gestation et ne la gênant plus ensuite. Elle a remarqué que depuis quelques années la coloration de ses jambes, particulièrement dans leur moitié inférieure, s'est modifiée ; la peau est devenue marbrée, rouge, rouge bleu par places, pigmentée et brunâtre en d'autres points, sa consistance a changé également, elle est sèche, écailleuse, eczématcuse, elle est surtout moins souple, présente de l'œdème du derme qui lui donne un aspect boursouflé, en sorte que le membre, surtout le quart inférieur, a perdu de sa forme et ne s'amincit plus vers la cheville. A l'examen, s'aperçoivent de ci de là quelques maigres varices, mais surtout de nombreuses varicosités répandues en abondance sur tout le membre, où elles se présentent sous la forme de fines étoiles capillaires, dont les arborisations sont d'un rouge vineux différant du bleu foncé des varices tronculaires. La malade a facilement de l'œdème ; les fatigues, la marche prolongée lui sont impossibles, elle a des fourmillements, des engourdissements dans la jambe. C'est un type de *cyanose variqueuse avec varices des veinules et des capillaires.*

III. Outre les phénomènes précédents, il existe des douleurs continues et gravatives ; en même temps le mollet est augmenté de volume, on peut affirmer l'existence de ces *varices profondes* sur lesquelles insistait beaucoup Verneuil, mais dont la réalité est souvent difficile à démontrer.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Dans la pathogénie des varices, deux facteurs sont à considérer. L'un prépare le terrain par défectuosité congénitale ou acquise dans l'état anatomique des parois veineuses: il est le primum movens, frappe le malade de diathèse variqueuse ; inconnu dans son essence, nous ne pouvons rien contre lui. L'autre facteur, plus complexe mais plus accessible, est constitué par toutes les causes quotidiennes : marche, station debout, efforts, qui produisent les lésions secondaires quand la varice est constituée. Contre lui la thérapeutique est armée pour soulager toujours, et souvent pour procurer une amélioration qui équivaut à la guérison.

Pour les varices légères, qui se manifestent par des signes peu accentués, ne sont ni gênantes, ni volumineuses, ni multiples, un traitement orthopédique, une hygiène appropriée suffiront pour les empêcher de progresser et de se compliquer.

Dans la cyanose variqueuse pure, avec œdème, douleurs, menace de complication du côté de la peau, c'est encore à l'orthopédie et à l'hygiène qu'il faut avoir recours. Pour les décisions thérapeutiques à prendre, il faut en effet tenir compte, dans une large mesure, de la situation sociale des malades afin de hâter, dans certains cas, l'intervention chirurgicale. Beaucoup de malades ne peuvent malheureusement pas se plier aux exigences d'un traitement médical suivi et voient, de ce fait, la situation s'aggraver et les complications apparaître.

Les varices à reflux cardiaque seules ou associées aux varicosités de la cyanose variqueuse, sont justiciables de l'intervention chirurgicale ; elles fournissent à celle-ci l'occasion sinon de les guérir radicalement, du moins de les atténuer dans de grandes proportions et de les mettre à l'abri des complications. Dans ces cas, le traitement opératoire remporte de véritables triomphes.

TRAITEMENT. — Un traitement dit médical et un traitement chirurgical sont, suivant les indications exposées ci-dessus, à employer contre les varices.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Le traitement dit médical est à vrai dire un traitement hygiénique et faisant appel aussi à l'orthopédie.

Hygiène. — L'hygiène des variqueux n'est pas très compliquée. Le but est d'éviter le plus possible la stase sanguine dans le membre inférieur ; par conséquent il faut recommander le **repos**, interdire les stations debout prolongées, les vêtements serrés susceptibles de gêner la circulation ; il faut surtout **défendre au malade de faire des efforts** considérables ; des expériences faites au moyen du manomètre ont montré que l'effort, bien plus que la station debout, amenait la distension de la veine; aussi ne doit-on pas hésiter à conseiller le changement de la profession si celle-ci est pénible et nécessite le maniement de poids lourds.

Autre recommandation très importante : **veiller avec le plus grand soin à la propreté de la peau** ; bien des complications telles que les dermites, l'eczéma, l'ulcère, peuvent survenir pour avoir manqué à ce précepte ; le malade devra donc avoir grand souci de l'entretien des téguments des membres inférieurs, qu'il lavera à l'eau froide additionnée tantôt d'alcool (eau de Cologne), tantôt d'une solution astringente (eau blanche).

Orthopédie. — Son mode d'action, c'est la **compression**. Elle se fait au moyen de bandes de diverse nature ; la meilleure bande, quand on est obligé d'avoir recours, à ce procédé, est la bande en crêpe Velpeau. Mais la compression est surtout obtenue par des bas spéciaux en cuir souple et principalement par les bas en tissu élas-

tique communément dénommés **bas à varices** Le bas à varices est d'un usage courant, et le malade sait se le procurer tout seul chez le bandagiste. Le bas à varices agit en comprimant les veines, en s'opposant à leur dilatation, en suppléant au manque de tonicité de leur paroi ; il limite la distension des téguments, remplace l'élasticité de la peau et aussi la protège contre les chocs. **L'emploi du bas élastique est de toute nécessité contre les varices des femmes enceintes.**

On recommandera de mettre les bas à varices le matin avant le lever, de l'enlever le soir après le coucher. Le port du bas exige de veiller avec plus de soin encore à la minutieuse propreté de la peau. On peut le porter même quand il existe de l'eczéma ou de la dermite, il est contrindiqué dans le cas d'ulcère. A l'usage, il se fatigue et devient trop large, il faut alors le remplacer ; certains malades mettent de côté leur vieux bas pour le placer par dessus le nouveau quand celui-ci commence à se fatiguer à son tour.

Le bas élastique soulage remarquablement les malades. Il est loin cependant d'être à l'abri de toute critique. En effet, il est impossible de régler à volonté la compression qu'il produit ; il arrive qu'il occasionne des strictions localisées avec de l'œdème en dessous ; il est difficile de le bien ajuster ; s'il fait des plis, il excorie la peau ; il donne d'ailleurs une fausse sécurité, car il n'empêche jamais tout à fait les progrès sournois de la dilatation des capillaires : enfin la nécessité de le remplacer de temps à autre finit par le rendre onéreux à ceux qui justement en ont le plus besoin, mais dont la profession est incompatible avec un repos relatif.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Le but est de soustraire au poids de la colonne sanguine sous-jacente les veines dilatées. Deux méthodes sont en honneur : l'ablation des paquets variqueux ; les résections partielles en étage. La technique en est simple.

Ablation des paquets variqueux. — Pour l'extirpation des paquets variqueux, on fait de longues incisions suivant l'étendue et la direction du vaisseau ; puis on passe à la dissection de la veine dont on poursuit les sinuosités et les zigzags ; on les dissèque en les rasant de près et en liant au fur et à mesure les collatérales qu'on sectionne ; après quoi on fait une ligature à chaque extrémité et on enlève la veine. Cette opération est parfois très laborieuse et très sanglante, surtout quand il existe en même temps des varices des capillaires et des veinules ; il arrive aussi que les veines soient friables, se déchirent ; le sang coule alors et la dissection est rendue très pénible, elle est difficilement complète.

Les avantages sont d'enlever la veine malade et d'empêcher les accidents de phlébite dont elle pourrait être le siège, si ce n'est déjà fait ; elle supprime la source qui alimentait les capillaires, propagateurs de la périphlébite et de la sclérose ; en même temps elle empêche le reflux du sang vers l'extrémité.

Résections partielles en étages. — Les résections partielles et en étage cherchent à créer des valvules artificielles ; on dénude la veine sur une étendue de trois à quatre centimètres ; on fait une ligature à chaque extrémité de l'incision et on résèque entre les deux ligatures ; on répète cinq ou six fois l'opération sur la longueur du membre, suivant l'importance des varices ; les points à réséquer particulièrement sont l'abouchement de la saphène dans la veine fémorale, le milieu de la cuisse, au-dessus du condyle fémoral, au-dessous du condyle tibial.

Cette opération est facile, courte, exempte de tous dangers. Elle paraît incomplète car elle laisse les paquets variqueux, elle n'en produit pas moins et à peu de frais une guérison suffisante, car elle supprime, et c'est le principal, l'action de la colonne sanguine.

On peut d'ailleurs combiner les deux méthodes : enlever les plus gros paquets variqueux et faire quelques résections en étage : SCHWARTZ y ajoute, dans les cas où la peau est fatiguée et a son tissu élastique forcé, la résection de grands lambeaux cutanés de façon à doter ses malades d'un véritable bas naturel.

Varices compliquées

I. Chez un variqueux avéré, en un ou plusieurs points les varices font sous la peau une saillie de plus en plus acuminée ; le tissu conjonctif intermédiaire a disparu, la peau elle-même est très amincie, elle adhère à la tunique du vaisseau, celui-ci s'extériorise en quelque sorte ; sa rupture n'attend plus pour se produire qu'une occasion favorable : un coup, un choc, une éraflure ; Parfois même il n'en est point besoin, et un jour, brusquement, le malade sent comme un liquide tiède qui lui coule sur le pied, il regarde et constate avec frayeur qu'il est plein de sang ; il découvre sa jambe, un jet mince et continu s'en échappe en jaillissant : il s'agit d'une *rupture de varice* à l'extérieur.

II. Une femme atteinte de cyanose variqueuse, reçoit un léger coup sur la jambe et se fait en se grattant une excoriation insignifiante au niveau du tiers inférieur de la jambe ; cette petite plaie, pourtant si banale en apparence, ne s'est pas cicatrisée, bien plus elle s'est agrandie ; elle a maintenant les dimensions d'une pièce de cinq francs : elle a une forme arrondie ou vaguement ovalaire, ses bords sont un peu sinueux ils sont constitués par une peau un peu épaisse, rouge d'aspect, modérément enflammée ; quant à la plaie elle même, elle est assez superficielle, son fond est à peu près égal, de couleur gris rosé, d'aspect atone avec des petits bourgeons à

peine indiqués, blafards, ternes, manifestement peu vivants. Cette malade est atteinte d'*ulcère variqueux*.

III. a) Un malade qui présentait des varices légères, peu de paquets, quelques dilatations sur les principaux troncs et d'abondantes varicosités, remarque depuis quelque temps que son membre se fatigue plus vite, fait facilement de l'œdème le soir ; en outre, une zone variqueuse est devenue douloureuse, la consistance de la varice s'est modifiée, elle est dure, remplie, empâtée, roule moins bien sous le doigt ; il s'agit d'une *phlébite variqueuse trunculaire*.

b) Chez un malade porteur de paquets variqueux, manifestes, ramassés, en « tête de Méduse », un de ces paquets est devenu très douloureux, tout autour existe un empâtement en forme de plaque au niveau duquel la peau est rouge, le tissu cellulaire infiltré, la veine s'y perçoit sous la forme d'un cordon dur et très sensible ; il y a comme une menace de suppuration, une fièvre légère avec un état gastrique plus ou moins accentué : nous avons affaire à une *phlébite d'un paquet variqueux*.

TRAITEMENT. — Le traitement est variable avec la qualité et l'importance de la complication.

RUPTURE. — On comprend la gravité de l'accident dans le cas de varices à reflux cardiaque, cependant les faits sont très rares d'hémorragie foudroyante. Il suffit en général de **faire coucher le malade**, de pratiquer une **compression** légère pour que l'écoulement sanguin s'arrête ; on ne négligera pas bien entendu de faire l'antisepsie de la plaie et au besoin la ligature de la veine au-dessus et au-dessous de la solution de continuité.

Si on a affaire à une rupture sous-cutanée, il faudra mettre le malade au repos, le sang épanché dans les tissus provoque une tuméfaction dont on hâtera la résorption par une compression méthodique.

ULCÈRE VARIQUEUX. — Les traitements de l'ulcère variqueux sont légion.

Moyens médicaux.— Pour un ulcère peu étendu et peu ancien, le traitement médical est parfaitement capable d'amener à lui seul la cicatrisation. Les bases en sont le **repos** et la **désinfection** de la plaie. Tous les topiques sont bons, tous ont donné des succès et des insuccès, suivant qu'en même temps qu'il les appliquait le malade observait le repos le plus complet ou continuait à déambuler. Les plus recommandables sont un mélange de **sous-carbonate de fer** et d'iodoforme, le **vin aromatique** ; les emplâtres de Vigo et le vulgaire **diachylon**. Ce dernier retour d'Angleterre a eu autrefois une grande vogue, appliqué suivant la méthode de Baynton ; il a encore quelque faveur aujourd'hui : on l'applique en bandelettes roulées directement autour du membre ; outre son action médicamenteuse, il fait de la compression des grosses varices et des bourgeons charnus, il protège la plaie contre les chocs et le frottement des vêtements, permet la déambulation ; autre avantage, les pansements ne se font que tous les quinze jours, ce qui rend le traitement facile à suivre. Malheureusement, **le traitement par le diachylon ne fait que soulager** et n'est pas capable à lui seul d'amener la cicatrisation de l'ulcère. **Ne peuvent davantage d'ailleurs les greffes de Thiersch** qui ont été appliquées dans certains cas et qui, même lorsqu'elles ont pris, n'empêchent pas la récidive de l'ulcère à plus ou moins bref délai.

La récidive, voilà, en effet, la pierre d'achoppement de la thérapeutique de l'ulcère de jambe ; à ce sujet, **les soins consécutifs dont s'entoure le malade ont une énorme importance** ; si lorsque l'ulcère est guéri, il évite les fatigues et la station debout, s'il porte un bon bas élastique et entretient convenablement la propreté de la peau, s'il protège sa jambe contre les chocs, les heurts et les frottements, il y a beaucoup de chances pour que l'ulcère ne récidive pas ; dans le pourcentage des chances de récidive, la part du coefficient individuel est donc considérable; il en est de même du reste en ce qui concerne la physionomie de l'ulcère et son évolution : l'ulcère est-il soigné : les bourgeons qui en constituent le fond sont de belle couleur et d'apparence bien vivante, il est peu profond, la peau dans le voisinage n'est qu'à peine épaissie et sous grande réaction inflammatoire, il n'a qu'une tendance moyenne à s'accroître. Au contraire, si l'ulcère est négligé, son fond est lisse et grisâtre, il est profond avec bords taillés à pic, la peau autour de lui est œdémateuse et enflammée, il répand une odeur fétide, il s'accroît continuellement et peut occuper les deux tiers et même toute la circonférence de la jambe.

En somme, **ce qu'il faut pour guérir un ulcère de jambe c'est le repos et la désinfection, ce qu'il faut pour empêcher sa récidive c'est le repos et la protection du membre**. La grande importance du repos tient à ce qu'il décongestionne les vaisseaux distendus, et qu'il supprime la surcharge sanguine au niveau des bourgeons charnus ou de la cicatrice.

Moyens chirurgicaux. — La décongestion des vaisseaux distendus, la suppression de la surcharge sanguine est aussi obtenue par les **opérations sur les veines** décrites plus haut ; elles sont donc tout aussi indiquées que le repos qu'on ne peut décemment observer toute la vie ; ce qui revient à dire, vérité vieille comme le monde, que pour guérir l'ulcère, il faut guérir les varices. Aussi, à la moindre preuve de reflux cardiaque est-il indiqué d'intervenir. Toutefois, il est un point très important à mettre en lumière : tout ulcère, ainsi que l'a démontré Ch. Remy, repose sur une veine variqueuse qui adhère à la peau, et cette veine, elle, peut appartenir au territoire

de la saphène interne ou de la saphène externe, ce peut être aussi une communicante. Or, s'il est nécessaire de traiter les varices au moyen, par exemple, des résections en étage, il faut en outre s'attaquer à la veine qui porte l'ulcère, et autant que possible l'extirper : en agissant autrement, en se contentant de lier la saphène interne pour un ulcère situé à la face externe, on s'exposerait à manquer son but. La dissection de la veine qui porte l'ulcère est souvent une opération laborieuse, parce qu'on opère dans une zone indurée et scléreuse, mais associée aux interventions contre les varices, elle donne — ce qui n'est pas assez connu — des guérisons rapides et définitives.

Toutefois, l'opération n'est pas toujours indiquée ; certains ulcères calleux, infectés de vieille date, occupent toute la circonférence de la jambe ; leur base indurée étrangle le membre, et en dessous d'eux il y a de l'œdème et de l'éléphantiasis ; que pourraient faire dans ce cas les extirpations de veines et les valvules artificielles ? l'**amputation** est seule indiquée.

Dans d'autres circonstances, il s'agit de malades dont l'état général est mauvais ou qui sont atteints d'affection rénale, hépatique, etc. Dans ces cas, non seulement **il est préférable de ne pas opérer l'ulcère**, peut-être même vaut-il mieux l'entretenir avec soin, car il faut se demander s'il ne sert pas d'exutoire et si sa présence n'est pas nécessaire.

L'**incision circonférentielle** de Dolbeau n'étant plus guère employée, les **élongations nerveuses** associées ou non à la résection de l'ulcère quand elle est possible, proposée par Chipault étant de date trop récente et certains points en étant trop douteux, il n'y a point lieu encore d'y avoir recours de propos délibéré.

PHLÉBITE VARIQUEUSE. — Trois cas se présentent en clinique : la phlébite est localisée non envahissante ; la phlébite est manifestement envahissante ; il y a menace de suppuration. La conduite à tenir est différente suivant ces cas.

La phlébite est localisée. — Quand la phlébite est adhésive et localisée sans tendance à l'envahissement, quand il s'agit d'une petite phlébite trunculaire qui guérira fort bien par le **repos** ; si on le juge nécessaire, on appliquera un topique local, mais l'action de ce topique sera nulle pour la guérison.

La phlébite progresse manifestement. — Ce traitement ne suffit pas toujours à empêcher les progrès du caillot, on le sent qui s'accroît et occupe tous les jours une nouvelle partie de la veine. Il faut s'opposer énergiquement à cette marche ascendante, car la phlébite fait courir au malade les graves dangers de l'embolie, et beaucoup de cas de mort subite dont on ne cherche pas plus loin la raison, doivent être mis sur le compte de la migration d'un caillot développé dans une varice. Il faut intervenir et placer une **ligature en tissu sain** bien au-delà des limites de la zone phlébitique : on en profitera pour extirper la veine elle-même et particulièrement les ampoules dilatées qu'elle peut présenter et qui sont le siège de l'abouchement des communicantes ; se rappeler qu'un fragment de caillot pourrait s'engager par cette voie.

Il y a menace de suppuration. — Le péril de l'embolie est encore plus grand quand il y a menace de suppuration ; ce n'est pas toujours, heureusement, les formes syncopale ou asphyxique de l'embolie pulmonaire mortelle : le plus souvent les embolies sont de dimensions plus petites, elles franchissent facilement le cœur et les grosses branches de l'artère pulmonaire, s'arrêtent dans une des dernières divisions et provoquent ces bronchopneumonies à début soudain et douloureux sur le mécanisme desquelles on est fixé depuis quelques années seulement. Si donc il y a menace de suppuration, il faut tout d'abord **barrer la route** aux embolies et extirper ensuite la veine, à moins qu'à l'exemple de Parise, on ne croie préférable de l'ouvrir pour l'évacuer. C'est en quelque sorte une opération d'urgence.

Si la phlébite est suppurée, s'il y a un phlegmon périphlébitique, l'urgence est encore, si possible, plus impérieuse, car la situation **s'aggrave des dangers d'une** infection purulente possible ; mettez à nu la saphène externe dans le creux poplité si c'est de son territoire qu'il s'agit, la saphène interne à son embouchure si la complication est localisée sur ses branches, liez-les, réséquez-les. Mais, si déjà vous le trouvez en ce point rempli de caillots, si ces caillots se prolongent dans la veine fémorale, n'hésitez pas, découvrez l'iliaque externe et jetez une **ligature** sur elle. Cette conduite, qu'on doit tenir dans des cas extrêmes, heureusement très rares, est admise aujourd'hui par tout le monde.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Février 1906 (*suite*)

Présidence de M. Noquet, président.

Salpingite et péritonite post-abortives.

M. Arquembourg. — Les pièces que je vous présente au nom de M. Oui et au mien, proviennent d'une malade qui a succombé à une salpingite double avec péritonite à la suite d'un avortement spontané. Voici l'histoire de cette femme.

P... Louise, âgée de 22 ans, entre le 17 Décembre 1905 dans le service des filles publiques. M. le docteur Bertin constate un chancre induré de la fourchette et de la vagi-

nite. Il prescrit le traitement mercuriel et des injections vaginales.

Il avait remarqué également que la malade était enceinte de trois mois.

La grossesse suit normalement son cours jusqu'au 4 Janvier 1906, la femme ressent alors des douleurs abdominales, elle se couche sans prévenir personne et ne se décide à demander du secours que vers onze heures du soir : Lorsque j'arrive auprès d'elle, elle a déja expulsé un fœtus macéré.

On transporte la femme dans le service M. le professeur Oui, je fais la toilette des organes génitaux externes, je donne une injection vaginale et, comme il n'y a pas d'hémorragie, j'abandonne la délivrance à elle-même.

Le lendemain matin, à l'heure de la visite, 10 heures après l'expulsion du fœtus, la température atteint déjà 40°5, je pratique alors, sous la direction de M. Oui, le curage digital suivi d'une injection intrautérine, la température retombe à 37°4 et l'accalmie se maintient jusqu'au surlendemain à 5 heures du soir. La fièvre se reproduit, allors, et à 40° on donne une injection intrautérine qui est suivie d'une nouvelle chute de température. A partir du 9 janvier la fièvre reprend et ne cède plus aux injections intrautérines.

Le 12 des symptômes de péritonite apparaissent, on prescrit de l'opium à l'intérieur et on met de la glace sur le ventre.

Le lendemain, alors qu'on pense à faire une laparotomie, l'infection semble se localiser dans la fosse iliaque gauche, l'état général semble s'améliorer, mais brusquement dans la nuit du 15 au 16 une aggravation survient et la malade meurt en quelques heures.

A l'autopsie faite le 17 Janvier, on trouve une péritonite généralisée, les anses intestinales sont agglutiuées par des fausses membranes et baignent dans un liquide purulent.

L'utérus est complètement vide, les trompes sont fortement distendues par du pus.

M. **Oui**. — Le cas que M. Arquembourg vient de rapporter est la démonstration de la gravité toute particulière de la rétention post-abortive dans le cas de fœtus macéré. Ici, les risques d'infection qui existent dans le cas de ce genre ont été évidemment multipliés par la vaginite dont la malade était atteinte et par l'absence des soins antiseptiques qui n'ont pu, par sa faute, lui être donnés à temps. Aussi l'infection s'est-elle développée avec une extrême rapidité et le curage digital très complètement fait par M. Arquembourg, n'a pu amener qu'une sédation passagère.

Le 14 janvier, j'étais décidé, devant les symptômes de péritonite, à pratiquer une laparotomie. J'y ai renoncé, peut-être à tort, devant l'amélioration des symptômes généraux coïncidant avec une localisation évidente de l'inflammation péritonéale. Le résultat de l'intervention était évidemment très douteux ; mais je n'en regrette pas moins de n'être pas intervenu.

Mais ce sur quoi je ne saurais trop insister, et ce qui ressort surtout de cette observation c'est l'importance et l'indication absolue de l'évacuation immédiate de l'utérus après expulsion d'un fœtus macéré.

Encéphalopathie atrophique de l'enfance à symptômes anormaux

M. **Patoir**. — L'observation est publiée *in-extenso dans le présent numéro*.

M. **Curtis** demande quelle est la nature probable de la lésion.

M. **Patoir** répond qu'il s'agit d'une encéphalite ou d'une méningo-encéphalite.

M. **Ingelrans** s'étonne de l'ensemble des phénomènes cliniques qui ne paraissent pas très caractéristiques ; le diagnostic lui semble extrêmement malaisé en l'absence approfondi difficile à pratiquer sur le champ. L'âge du sujet n'explique pas des troubles intellectuels aussi marqués.

Ne s'agit-il pas de paralysie générale juvénile ? C'est d'ailleurs une simple hypothèse.

M. **Patoir** insiste sur le caractère infantile des troubles physiques et intellectuels présentés par le sujet.

Sur un cas de tétanos céphalique

MM. **Minet** et **Gaehlinger**. — L'observation est publiée *in-extenso dans le présent numéro*.

NOUVELLES & INFORMATIONS

— Le Comité exécutif du **XVme Congrès International de Médecine** (Lisbonne 19-26 Avril 1906) s'est assuré un nombre considérable d'appartements (chambres à 1 lit, ou, pour la plupart, à plusieurs lits), au prix de 6, 8 et 10 fr. par lit, suivant la catégorie. Il y a aussi quelques logements avec pension, à 15 francs par personne. On payera les tickets à la gare du Rocio (entrée à Lisbonne en arrivant par chemin de fer) et pour la durée du Congrès, soit huit jours. Il y a toute facilité pour les repas dans les restaurants et hôtels de Lisbonne, ainsi que dans le restaurant du Congrès. Tous les logements seront distribués au fur et à mesure qu'arriveront les demandes : celles-ci sont à adresser, avant le 31 Mars, à M. Manoel José da Silva, Palacio Foz, Praça dos Restauradores, Lisbonne, qui est chargé de ce service.

L'affaire des voyages est définitivement réglée avec les chemins de fer français, espagnols et portugais, qui permettent aux congressistes d'effectuer le voyage de retour par un itinéraire différent de celui de l'aller, toujours en

bénéficiant de la réduction de 50 0/0, à condition que l'aller et le retour se fassent par voie ferrée.

Le Comité du Congrès commencera ces jours-ci avec l'envoi des cartes spéciales uniformes pour les compagnies des trois pays.

Nous apprenons en ce moment qu'aussi les chemins de fer italiens accordent la réduction de 50 0/0.

— Le **XVIe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue Française** doit se tenir à Lille du 1er au 7 août 1906, sous la présidence de M. le professeur Grasset, de Montpellier.

Y seront discutés : A), les rapports sur les questions choisies par le Congrès de Rennes : en *Psychiâtrie*. Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés, par le Dr M. Dide, de Rennes ; en *Neurologie*. Le cerveau sénile, par le Dr A. Leri, de Paris ; en *Médecine légale*. La responsabilité des hystériques, par le Dr R. Leroy, d'Evreux.

B). Communications originales sur des sujets de Psychiâtrie et de Neurologie.

C). Des présentations de malades, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques.

Parmi les excursions destinées aux adhérents, on peut compter, dès maintenant, la Visite des asiles d'aliénés de Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant; la Visite de l'Exposition Internationale de Tourcoing.

Le Congrès comprend : 1° Des membres adhérents. 2° Des membres associés (sur la présentation d'un membre adhérent). Les Asiles d'Aliénés inscrits au Congrès seront considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés. Les membres adhérents recevront : avant le Congrès, les trois rapports désignés ; après le Congrès, le compte-rendu des séances.

Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, prière de s'adresser au Secrétaire général du Congrès, le Dr G. Chocreaux, Médecin en Chef de l'Asile public d'Aliénées de Bailleul (Nord).

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous réformons une indication erronée contenue dans le dernier numéro : Le Jury de la classe 112 (assistance publique) à l'Exposition Internationale de Liège, a décerné au Ministère de l'Intérieur un diplôme de grand prix, sous la mention suivante : Ministère de l'Intérieur (En participation) aux Etablissements départementaux pour les aliénés de Bailleul et d'Armentières.

— Parmi les récentes désignations dans le corps de santé militaire nous relevons l'affectation de M. l'aide-major de 1re classe Dupuich au 45e d'infanterie à Laon ; de M. l'aide-major de 2e classe Huguet au 120e d'infanterie à Péronne.

SOUTENANCE DE THÈSE

M. G.-C.-A. Darras, de Valenciennes (Nord), a soutenu avec succès, le vendredi 2 mars 1906, sa thèse de doctorat (n° 18), intitulée : **Comparaison des méthodes colorimétriques de Hayem et de Fleischl avec le procédé ferrométrique de Lapicque pour le dosage de l'hémoglobine.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole de plein exercice de Nantes. — M. le Docteur Bureau est maintenu pendant l'année scolaire 1905-1906 dans les fonctions de chargé d'un cours de thérapeutique.

— M. le docteur Monnier, chef des travaux d'histologie, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans.

Ecole de plein exercice de Marseille. — M. le docteur Gerber, suppléant, et chargé de cours de minéralogie et d'hydrologie, est nommé professeur de minéralogie et d'hydrologie.

Ecole préparatoire de Poitiers. — M. le docteur Tabourt est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Michalon, de Vienne (Isère); Léon Colin, ancien président de l'Académie de médecine, médecin inspecteur général du cadre de réserve ; Jamme, de Saint-Laurent-du-Pont (Isère) ; Sayé, de Rivehaute.

Guibet, de Bapaume (Pas-de-Calais).

Moron, externe des hôpitaux de Bordeaux.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Rapport adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique sur l'organisation et sur le fonctionnement de l'enseignement dentaire dans les Universités de la Suisse, de l'Allemagne, de l'Autriche-Hongrie et de l'Angleterre**, *Bordeaux*, imprimerie du Midi, 1905, par le docteur Marcel Cavalié.

— Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 478. Dixième Année. N° 10. Le Numéro : 10 centimes 11 Mars 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Aperçu général sur la pathologie mentale
Utilité de son étude
(Plan du cours de médecine mentale).

Par le Docteur **G. Raviart**
Médecin-adjoint de l'Asile des Aliénés d'Armentières
Chargé du cours de médecine mentale à la Faculté de Lille

MESSIEURS,

Nous inaugurons aujourd'hui le cours de médecine mentale.

Complétant progressivement son enseignement, la faculté de Lille restée une des rares encore dépourvues d'un cours de psychiatrie, a voulu combler cette lacune, et soucieuse de faire de vous des praticiens éclairés, elle a décidé que ce cours serait à la fois théorique et pratique. Théorique par l'enseignement donné dans cet amphithéâtre, pratique par les applications cliniques et médico-légales, que nous ferons auprès des malades des données que vous aurez acquises. En mettant à notre disposition son service d'observation de l'hôpital Saint-Sauveur, M. le professeur agrégé PATOIR, nous rend cette tâche plus facile ; nous trouverons là chaque semaine des malades intéressants, en tout semblables à ceux que vous serez appelés à voir en clientèle, et vous apprécierez bientôt l'utilité pratique de pareille fréquentation. Cette hospitalité qui nous est si généreusement offerte, est la première manifestation de la fusion des divers enseignements ayant trait à la médecine légale ; c'est l'ébauche d'une institution plus perfectionnée appelée à rendre les plus grands services, dont M. le Recteur et M. le Doyen désirent doter l'Université de Lille.

Au début de ce cours, notre pensée reconnaissante doit aller vers ceux qui ont contribué à sa création, vers vous, Monsieur le Doyen, qui l'avez proposée, vers les Maîtres de cette faculté qui ont été unanimes à la décider ; vers M. le Recteur et le Conseil de l'Université qui s'y sont montrés favorables.

En me désignant pour assurer cet enseignement, Monsieur le Recteur et Monsieur le Doyen, mon cher Maître Monsieur le Professeur COMBEMALE, m'ont fait un honneur dont je leur suis profondément reconnaissant, qu'ils reçoivent ici l'assurance du zèle que je compte apporter dans l'accomplissement de ma tâche.

MESSIEURS,

Lorsqu'il s'est agi pour moi de choisir le sujet de cette première leçon, j'ai été quelque peu hésitant.

Fallait-il vous présenter un aperçu historique des grands courants qui ont dominé à diverses époques l'étude de la médecine mentale, et vous montrer comment cette dernière, au cours des siècles, tantôt spiritualiste et tantôt somatique ou matérialiste, refléta les fluctuations des doctrines philosophiques ?

Devais-je vous montrer encore, comment, après avoir atteint durant l'époque médicale antique, allant d'Hippocrate à la décadence romaine, un degré de développement relativement élevé, la psychiatrie avait subi au Moyen-Age un recul en rapport avec le retour aux interprétations surnaturelles qui caractérise cette époque, pour reprendre avec PINEL un essor tel qu'à l'heure présente elle a définitivement conquis sa place dans la science médicale ?

J'ai pensé que ces choses vous étaient déjà plus ou moins connues, et qu'il était peut-être plus pratique d'inaugurer cet enseignement nouveau pour vous, par une étude générale de la pathologie mentale.

Mon intention n'est pas d'entrer dans les détails mais bien de marquer quelques points de repère qui vous permettront de prendre contact dès aujourd'hui avec l'objet de nos études. Ensuite, bien que l'utilité de ce cours n'ait guère besoin d'être démontrée, je vous ferai voir par quelques exemples tout le bénéfice que vous êtes appelés à en retirer.

Tout d'abord, laissez-moi vous rassurer par une déclaration préalable. En abordant l'étude de la médecine mentale, ne croyez pas que vous pénétrez dans un domaine absolument différent du sujet ordinaire de vos études. Le cortex cérébral, de l'état duquel dépend l'intégrité de l'intelligence, n'est pas soumis à des lois spéciales. Comme ailleurs, la pathologie de l'organe obéit ici aux lois de la pathologie générale, de sorte que si la médecine mentale nécessite la spécialisation de celui qui la veut bien connaître, les nombreux liens qui la rattachent à la médecine générale, font que son étude ne saurait être isolée de celle des autres troubles viscéraux.

Aussi LASÈGUE disait très justement en 1878 : « Il y a un proverbe qui veut que toute branche détachée du tronc soit destinée à périr. Cela est vrai pour la branche de la médecine mentale, elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale sous peine de ne pas vivre. »

De fait, c'est en la faisant bénéficier des grandes théories modernes de l'infection et de l'auto-intoxication que les aliénistes l'ont tant fait progresser, et on peut prévoir que c'est en se livrant à l'étude des altérations solidiennes et humorales qui accompagnent et conditionnent les troubles mentaux que l'on pourra jeter un peu plus de lumière sur les moins connus d'entre eux.

C'est dans cet état d'esprit que nous aborderons ensemble l'étude des maladies mentales, nous efforçant d'une part de chercher leurs relations avec les multiples facteurs étiologiques d'origine exogène, nous attachant d'autre part à rechercher les liens qui les unissent si souvent aux autres troubles viscéraux.

Mais au préalable, quelques définitions me paraissent nécessaires.

La *pathologie mentale ou psychiatrie*, a pour domaine l'étude des désordres qui intéressent plus spécialement celles des fonctions corticales qu'on réunit sous le nom de fonctions intellectuelles : perception, mémoire, association des idées, volonté, émotions et sentiments.

Les *psychoses* ou *psychopathies maladies* sont l'expression d'un processus pathologique actif.

Les *infirmités psychiques* ou *psychopathies infirmités*, lèsent l'organisme dans sa constitution ; elles peuvent être congénitales et constituent *l'arrêt de développement*, ou acquises et sont alors caractérisées par l'affaiblissement intellectuel dont le degré le plus marqué est la *démence*.

On désignait sous le nom de *vésanies* les psychoses dans lesquels les troubles mentaux paraissaient exister seuls à l'état de pureté, indépendamment de toute altération des fonctions organiques ; comme au fur et à mesure que la pathologie mentale progresse l'existence de ces altérations se montre de plus en plus fréquente, la conception des vésanies est sur le point de disparaître, et ce mot sera ou abandonné, ou identifié au terme de psychoses.

Les sujets présentant des troubles relevant du domaine de la pathologie mentale sont des *psychopathes*, un certain nombre d'entre eux sont des *aliénés*.

Qu'est-ce qu'un *aliéné* ? Au sens étymologique du mot, *alienus* étranger, *alius* autre, l'aliéné est étranger aux lois habituelles de la pensée, aux règles ordinaires de la conduite, étranger à la mentalité commune source de nos actes en société ; c'est encore celui qui par sa pensée, ses actes, sa conduite se montre autre que ceux qui l'entourent.

Cependant, il ne faudrait pas croire, que l'aliéné soit un être particulier, marqué d'un signe visible. Ceux

qui ont été admis à visiter un asile vous diront l'étonnement qu'ils ont éprouvé en y voyant des hommes d'apparence normale. C'est que, si l'aliéné est autre, il ne l'est bien souvent que par certains côtés, qu'il est parfois difficile de mettre en évidence; aussi donnait-on autrefois le nom de *folie partielle* à cette catégorie de psychoses se manifestant par des troubles psychiques, tels qu'un délire des persécutions évoluant chez un sujet semblant jouir de la plénitude de ses facultés et raisonner comme tout le monde. On opposait à la folie partielle; la *folie généralisée* dans laquelle les troubles psychiques s'accompagnent de troubles de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme. Encore aujourd'hui, aux yeux du public, cette dernière seule constitue l'aliénation mentale.

Au point de vue médico-légal, nous dirons avec Dupré, que l'aliéné est un sujet qui, sous une influence morbide, commet des actes étranges, non motivés pour ceux qui l'observent, dangereux pour lui-même et pour les autres, et qui de ce fait, est justiciable de mesures de protection que lui assurent les lois vis-à-vis de lui-même et de la société.

Le terme de *folie* a été souvent employé comme synonyme d'*aliénation mentale*, les mots *fou* et *aliéné* ayant ainsi la même signification. Pour certains auteurs la folie ne comprendrait que les psychoses, pour d'autres, en vertu même de son étymologie, *follis* gonflé de vent, léger et mobile comme l'air, le fou serait un psychopathe excité, tel un enfant turbulent.

Le mieux serait peut-être, étant donné le défaut d'entente au sujet de ce mot, de s'abstenir de son emploi.

Ces termes étant définis, abordons notre sujet.

La souffrance des cellules corticales, dont les maladies mentales sont l'expression, se traduit par un certain nombre de symptômes, diversement associés, tantôt pour constituer des syndrômes susceptibles d'être notés dans les circonstances pathologiques les plus diverses, tantôt groupés de façon régulière, se rattachant à une étiologie précise, s'expliquant par une pathogénie toujours identique à elle-même, et constituant alors des maladies. Ces dernières sont peu nombreuses, et au fur et à mesure que l'on progresse, leur nombre tend à décroître, la cellule cérébrale réagissant souvent de la même façon, sous l'influence d'agents pathogènes parfois très différents.

Logiquement, nous devrons donc, après avoir étudié l'étiologie des maladies mentales, prendre un à un les éléments morbides qui les constituent, nous pourrons ensuite entreprendre la description des grands syndromes communs, puis des diverses formes de psychopathies.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie, par l'étude de laquelle nous commencerons dans la prochaine leçon, est un important chapitre de la pathologie mentale dont les troubles divers peuvent reconnaître pour causes, toutes les conditions pathogènes héréditaires ou acquises, individuelles ou collectives, morales ou physiques, externes ou internes, C'est d'après ses données que nous tenterons tout à l'heure de classer les psychopathies.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Dans l'étude que nous ferons ensuite de la symptomatologie générale, nous envisagerons successivement les syptômes psychiques et physiques des psychoses, puis ceux des infirmités psychiques.

Les *symptômes psychiques des psychoses* sont en rapport avec l'altération des facultés de l'esprit. Leur énumération serait fastidieuse, aussi vais-je me borner à l'énoncé de quelques-uns d'entre eux que je vous définirai succinctement :

Nous étudierons d'abord les *troubles de la perception*, et nous verrons que cette dernière peut être insuffisante, inexacte, imaginaire.

Dans l'*insuffisance des perceptions*, les impressions extérieures sont à des degrés divers, vagues, incertaines, étranges.

L'*illusion* ou perception inexacte, consiste dans la fausse interprétation d'une sensation perçue.

L'*hallucination*, perception imaginaire ou perception sans objet, se dénomme d'après la nature des sensations perçues, de sorte qu'il en existe autant de genres que de sens et que nous aurons à envisager des hallucinations auditives, visuelles, gustatives, olfactives, tactiles, qui constituent les *hallucinations sensorielles* ; nous étudierons en outre sous le nom d'*hallucinations cénesthésiques* celles qui ont trait aux sensations internes, et sous le nom d'*hallucinations motrices* celles qui se rapportent aux sensations motrices.

On désigne sous le nom d'*hallucinations combinées* des hallucinations soit de même espèce, soit d'espèce

différente mais concernant au même moment le même objet.

Les troubles de la *conscience*, de la *mémoire*, des *associations d'idées*, de l'*attention*, nous retiendront ensuite, puis nous verrons comment, par suite de *troubles du jugement*, l'esprit affirme un rapport imaginaire entre ses représentations et aboutit à l'*idée fausse*. Contraire à l'évidence des faits réels, l'idée fausse se nomme *idée délirante*, cette dernière combinée à d'autres de même nature, de façon à former un ensemble, constitue le *délire*. Celui-ci peut reposer sur des faits exacts mais mal interprétés, il est dit alors à base d'*interprétations délirantes*; si ces dernières reposent sur des faits anciens, le délire est dit *rétrospectif*.

Succédant au rêve, se confondant avec lui, et en présentant tous les caractères, il constitue le délire *onirique*.

Les idées délirantes coexistant sans aucun lien, forment le délire *incohérent* ; groupées de façon à constituer un tout plus ou moins logique et vraisemblable, elles forment le délire *systématisé*.

On distingue trois grandes catégories d'idées délirantes : les idées mélancoliques ; les idées de persécution ; les idées de grandeur ; chacune d'entre elles présentant plusieurs variétés.

Les troubles de l'*affectivité* que nous examinerons ensuite sont multiples, la plupart des émotions morbides se rencontrant dans les psychoses.

Nous étudierons enfin les troubles de l'*activité* qui se répartissent en troubles de l'activité générale, du langage, des actes. Les phénomènes d'*excitation* et de *dépression* caractérisent les premiers, ils se définissent d'eux-mêmes. Les troubles du *langage* sont très variés et souvent caractéristiques des différentes formes morbides. Nous verrons en particulier tout l'intérêt que présentent les écrits des aliénés. Les *actes* enfin, sont constamment troublés dans les psychoses, ils sont de toute nature : absurdes ou logiques, conscients ou inconscients, réfléchis ou spontanés, voulus ou irrésistibles, dangereux ou non. Les exhibitions, les violences, le refus d'aliments, le suicide, l'homicide, le vol et l'incendie, sont les principaux d'entre eux.

Résultat d'un délire, ils constituent les actes délirants, les actes hallucinatoires sont en rapport avec les hallucinations, les impulsions sont sous la dépendance des lésions de la volonté.

Tels sont les troubles psychiques des psychoses, quant aux troubles *physiques*, ils sont innombrables, sachez seulement aujourd'hui, qu'ils peuvent intéresser le système nerveux, la fonction du sommeil, et toutes les fonctions organiques. Leurs rapports avec les symptômes psychiques sont fort différents, tantôt ils se limitent à une simple coïncidence, tantôt ce sont des rapports de cause à effet, et dans ce dernier cas, vous pressentez l'importance qu'ils présentent au double point de vue étiologique et thérapeutique.

Pour en terminer avec la symptomatologie générale, il nous reste à énumérer les signes des *infirmités psychiques*. Nous considérerons successivement des *vices d'organisation*, des *signes de désorganisation*.

Les *vices d'organisation* encore désignés sous le nom de stigmates de dégénérescence, consistent en anomalies, malformations, déviations, excès ou arrêts de développement en rapport avec des troubles de la nutrition dans la vie intra-utérine et portant non seulement sur la constitution psychique de l'individu, mais encore sur sa constitution physique, les signes résultant de ces dernières perturbations constituant en quelque sorte les preuves matérielles du vice originel d'organisation.

Les principaux vices d'organisation psychique sont : l'arrêt de développement intellectuel et moral, la déséquilibration, l'instabilité, l'impulsivité, l'amoralité, l'inaffectivité, l'insociabilité.

Parmi les malformations physiques, celles qui ont le plus de valeur, sont : les malformations crâniennes, celles des organes génitaux, des machoires, des dents, l'absence de langage et les vices de prononciation, les malformations des oreilles et celles de la voûte palatine.

Enfin, les *signes de désorganisation* ou stigmates de déchéance, qui caractérisent les infirmités psychiques d'involution ou démences, peuvent être psychiques et physiques. Les premiers sont l'affaiblissement des facultés, l'amnésie graduelle portant sur les faits récents, la perte de l'attention et de la volonté, pour ne citer que les plus importants. Les signes physiques, sont les attributs de la sénilité.

Telle est brièvement résumée, la symptomatologie générale des maladies mentales.

LES SYNDROMES MENTAUX

Voyons maintenant, allant du simple au composé, comment certains symptomes se groupent pour cons-

tituer des syndrômes pouvant être l'expression clinique d'états morbides d'origine diverse.

Les principaux de ces syndrômes, sont : la manie, la mélancolie, la confusion mentale, le délire aigu, l'idiotie, la démence.

La *manie* est un syndrôme caractérisé par l'incohérence des idées et le désordre des actes, résultant d'une exaltation morbide des opérations psycho-motrices momentanément affranchies du contrôle de la volonté directrice.

Selon les degrés de son intensité et selon sa durée, nous envisagerons la manie aiguë typique, la manie sub-aiguë ou excitation maniaque, l'hypomanie, et enfin la manie chronique.

Ce syndrôme peut ou non être accompagné de délire.

La *mélancolie* est caractérisée par une dépression douloureuse des sentiments et une diminution de l'activité volontaire, ainsi que par un ralentissement dans l'association des idées pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet du processus.

La douleur n'est pas motivée ou l'est insuffisamment par les phénomènes extérieurs au malade.

La mélancolie peut évoluer avec ou sans délire — hypochondriaque, de culpabilité, de ruine, — être accompagnée d'angoisse ou de stupeur ; elle peut être profonde ou légère, et peut passer à l'état chronique.

La *confusion mentale* est le plus important de ces syndrômes. Due le plus souvent à des facteurs épuisants — confusion mentale primitive, — elle peut aussi compliquer à titre de manifestation secondaire et accessoire, d'autres affections mentales. Elle est caractérisée par la confusion des idées pouvant aller jusqu'à la stupidité, par l'impossibilité de coordonner ces dernières et d'associer les sensations de façon à réaliser une perception correcte et nette du monde extérieur. Il y a en un mot, torpeur intellectuelle, absence plus ou moins absolue d'idées ; l'exercice de la pensée est entravé ou aboli.

Accessoirement, se développent d'autres troubles, réactions physiques, manifestations délirantes et hallucinatoires, contribuant à donner au syndrome une physionomie variable.

Le *délire aigu* est caractérisé par l'association d'un délire précoce et violent à des phénomènes généraux graves. Il paraît dû à l'action sur le système nerveux, de processus infectieux encore mal définis.

L'*idiotie* est un syndrome constitué par les vices d'organisation que je vous ai signalés tout à l'heure, pouvant être réalisé par nombre de processus morbides n'ayant de commun entre eux que ce fait d'être suffisamment intenses et étendus pour entraîner un arrêt de développement des facultés intellectuelles.

La *démence*, enfin, est caractérisée par des signes de désorganisation, et d'une façon générale, par un profond affaiblissement des facultés intellectuelles.

L'homme en démence dit Esquirol est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre, l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère.

Précoce ou tardive, la démence peut être primitive, ou secondaire à tous les états pathologiques qui aboutissent à l'usure des facultés intellectuelles et morales.

CLASSIFICATION

A présent que nous en connaissons les divers éléments constituants, nous voici en état de jeter un regard sur l'ensemble des maladies mentales.

Comme toutes les sciences en voie de perfectionnement, celle que nous étudions offre encore bien des points obscurs, aussi une classification rigoureuse des états qui la constituent est encore impossible. Devais-je, me retranchant derrière cette difficulté, m'abstenir de les grouper ? Je ne l'ai point pensé, et j'ai tenté quand même, me basant sur leur étiologie, parfois simplement présumée, de vous présenter un cadre où vous puissiez vous orienter.

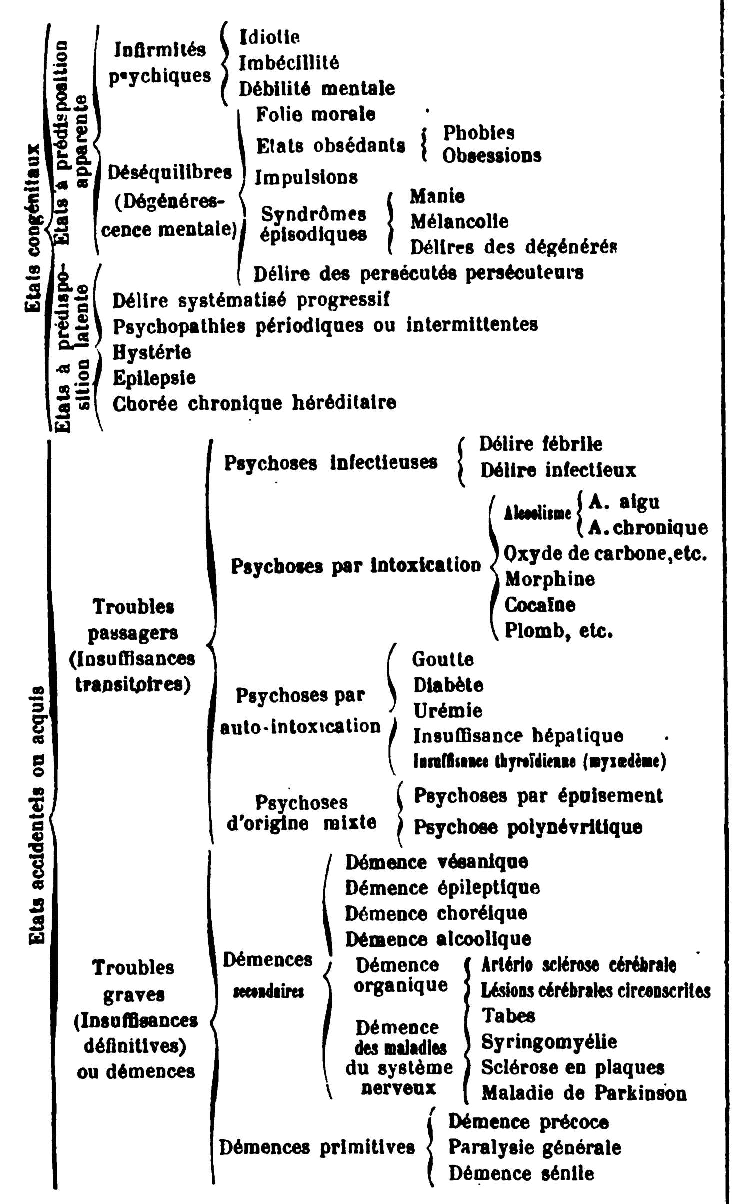
Nous considérerons successivement deux grands groupes de maladies mentales, des états congénitaux et des états accidentels ou acquis. Parmi les premiers, nous envisagerons des états à prédisposition apparente, et des états à prédisposition latente, selon que les vices d'organisation existent manifestement ou non.

Parmi les seconds, nous étudierons successivement les troubles psychiques transitoires, le plus souvent curables, en rapport avec les infections et les intoxications exogènes ou endogènes, puis les troubles graves, permanents, constituant des maladies distinctes mais ayant pour caractère commun l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et pour aboutissant la démence.

Cette division nous permettra de prendre le cerveau humain dès la vie intra-utérine, et de voir comment, au fur et à mesure qu'il se développe, fonctionne, puis entre en régression, il subit les atteintes des

divers processus morbides, et par quels états pathologiques se manifeste sa souffrance.

CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES



ÉTATS CONGÉNITAUX

A PRÉDISPOSITION APPARENTE

INFIRMITÉS PSYCHIQUES

Tout au début de son développement, par suite de troubles de l'embryogénèse sur la nature desquels on n'est pas fixé, le cerveau peut ou ne pas se former, ou être détruit plus ou moins complètement s'il s'était partiellement développé. Les sujets naissent *anencéphales*, et meurent au bout de quelques heures, quelques jours, ou même quelques semaines. C'est là le degré le plus marqué de l'insuffisance congénitale ; incompatible avec la vie, véritable monstruosité, nous ne ferons que le signaler.

Les lésions sont-elles moindres, le développement encéphalique est-il compatible avec l'existence, on pourra alors observer, selon le degré et l'étendue des altérations, un arrêt plus ou moins complet dans le développement des facultés intellectuelles. Ces altérations qui seront en rapport avec l'état des générateurs au moment de la conception, avec leurs antécédents héréditaires et personnels, et avec l'état particulier de la mère au cours de la grossesse, pourront survenir également durant les premières années de la vie, alors que l'encéphale s'était jusque là normalement développé. Sans insister ici sur les causes qui interviennent alors, notons cependant l'importance des lésions inflammatoires méningo-encéphalitiques, et celle de l'agénésie thyroïdienne.

Tous les états qui résulteront de cette atteinte portée à l'intégrité du cerveau par les nombreux facteurs dystrophiques, diathésiques ou toxi-infectieux, nous les étudierons sous le nom d'*arrêts de développement des facultés intellectuelles*, et, selon leur degré, nous distinguerons : l'*idiotie*, l'*imbécillité*, la *débilité mentale*.

L'*idiotie* correspond au degré le plus marqué de l'arrêt de développement, les facultés intellectuelles y sont rudimentaires ; l'idiot dit Esquirol n'est pas organisé pour penser. Des signes physiques nombreux témoignent le plus souvent, au cas de lésions datant de la vie intra-utérine, du bouleversement apporté dans l'ontogénèse, les fonctions physiologiques sont parfois à l'image du développement intellectuel.

L'*imbécillité* est caractérisée par un développement intellectuel un peu plus marqué ; l'être est ici susceptible d'entrer en relation avec le monde extérieur, mais les progrès accomplis sont lents et le terme en est vite atteint. Les signes physiques, témoins de l'entrave apportée à la formation du sujet sont ici moins accentués.

La *débilité mentale* enfin, est marquée par un degré plus élevé du niveau des facultés intellectuelles qui deviennent suffisantes pour permettre l'acquisition des connaissances scolaires élémentaires, mais qui laissent apparaître leur infériorité dans maintes circonstances de la vie sociale. Les indices physiques de l'état d'infériorité du sujet sont ici fort peu accusés.

DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

A côté des états précédents, qui traduisent la gra-

vité de l'atteinte subie originairement par le cerveau, et sont caractérisés par un état d'infirmité psychique plus ou moins accentuée, il en est toute une série d'autres où l'altération est beaucoup moindre.

Le développement des facultés intellectuelles ne s'y trouve pas entravé, mais l'organe n'est pas indemne pour cela, sa résistance est minime, sa prédisposition est apparente, soulignée qu'elle est parfois par quelque malformation physique ; l'équilibre mental est instable, et au cours des nombreux conflits sociaux, nous le verrons bien souvent compromis.

Les malades de cette catégorie, les *dégénérés* comme on les a nommés, sont nombreux, ils fournissent aux asiles d'aliénés un fort contingent de malades, et; hors des asiles, le nombre est immense de ces originaux et de ces détraqués qui sur les frontières de la folie, peuvent durant toute la vie, sans pour cela cesser de mener une existence à peu près normale présenter les troubles psychiques les plus variés.

Nous étudierons successivement l'état mental habituel de ces malades, certains états morbides continus du caractère tels que la *folie morale*, caractérisée par l'incapacité que présentent ces sujets de s'assimiler de façon à pouvoir les utiliser dans la pratique, les notions morales et les notions éthiques d'ordre supérieur, véritables fléaux de famille, vicieux et pervers, ils constituent un véritable danger pour la société.

Nous verrons ensuite les états morbides intermittents de l'émotivité et de la volonté, au nombre desquels sont les si curieuses variétés d'*états obsédants* :

Phobies diffuses ou *panophobies* ; *phobies spéciales* ou monophobies, et parmi celles-ci les phobies des objets, nombreuses à l'infini, les phobies des lieux (agoraphobie, claustrophobie, etc.), des éléments, des maladies, de la mort, des êtres vivants.

Obsessions idéatives : Obsession du doute, du toucher, du scrupule, du mot, du chiffre, du langage etc.

Obsessions impulsives, inhibitoires, hallucinatoires.

Obsession de la rougeur ou *éreutophobie.*

Puis les *Impulsions*, au suicide, à l'homicide, au vol, à l'incendie, à la boisson, à la fugue, aux actes sexuels.

Là ne se borneront pas les troubles mentaux que nous étudierons chez les dégénérés. De même que certaines insuffisances héréditaires d'organes : hépatique, rénale, etc., appellent à leur niveau les déterminations des infections, de même l'insuffisance du cerveau des dégénérés, fait qu'il est constamment en imminence morbide. Aussi, trop souvent, ces états dégénératifs constituent un terrain propice sur lequel se développeront, à titre épisodique, sous l'influence la plus minime, la plupart des syndrômes mentaux : la manie, la mélancolie, les délires basés ou non sur des hallucinations. Et nous étudierons parmi ces malades tout un groupe de délirants : persécutés, hypochondriaques, ambitieux, dont les troubles ont ceci de caractéristique, qu'ils surviennent brusquement, atteignent d'emblée leur maximum de complexité, organisés qu'ils sont dès leur éclosion, et disparaissent souvent aussi brusquement qu'ils se sont produits.

Mais parfois ces conceptions délirantes s'immobilisent indéfiniment dans une forme invariable, tel le *délire des persécutés persécuteurs* dans lequel les malades, construisent un délire à point de départ faux ou mal interprété, mais, dit Régis, éminemment logique dans ses déductions. Il ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'hallucinations et se développe par extension progressive de l'idée mère, mais sans subir de transformation, et sans rien perdre de sa physionomie première. Il se traduit quelle qu'en soit sa forme par des revendications plus ou moins chimériques mais tenaces, persistantes, le plus souvent agressives et dangereuses. Il est incurable, malgré des rémissions fréquentes, et se termine ordinairement par des complications cérébrales.

ÉTATS CONGÉNITAUX

A PRÉDISPOSITION LATENTE

A la suite des psychopathies dans lesquelles la prédisposition est tantôt très accentuée, et son action apparente et permanente dès les premières années de la vie, tantôt un peu moins marquée, mais évidente cependant, et presque toujours attestée par l'existence, à côté des stigmates psychiques de la dégénérescence, de stigmates physiques plus ou moins nombreux, nous étudierons des états dans lesquels l'influence prédisposante ne se manifeste pas sensiblement avant l'apparition des troubles mentaux. Ici, peu ou pas de stigmates physiques, existence régulière jusqu'au jour où éclate l'affection ; ou seulement, de simples modifications du caractère : sujets sombres, défiants, ombrageux, enclins à la misanthropie et à l'orgueil, présentant ce que l'on a appelé la constitution paranoienne.

La prédisposition chez ces sujets paraît donc restée latente, et demeure telle, pendant les intervalles qui séparent les accès lorqu'il s'agit de troubles intermittents, mais les causes les plus minimes suffisent à la réveiller.

L'hérédité similaire constatée dans nombre de ces cas, justifie la place que nous leur réservons ici.

Nous envisagerons parmi les psychopathies à prédisposition latente : *le délire systématisé progressif*, *les psychopathies périodiques ou intermittentes*, les troubles mentaux de l'*hystérie*, l'*épilepsie*, la *chorée chronique héréditaire*.

Dans le *délire systématisé progressif*, les malades âgés de plus de trente ans, dans le cours d'une évolution délirante fatale, parcourent lentement quatre étapes successives, d'inquiétude, de persécution, de grandeur, et de démence ; cette dernière, ne survenant qu'après un temps souvent extrêmement long, vingt ans et plus.

Quant aux *psychopathies périodiques ou intermittentes*, elles ont pour commune caractéristique, la reproduction plus ou moins fréquente et régulière d'accès de manie ou de mélancolie, séparés par des intervalles de santé intellectuelle normale ou presque. Un caractère commun de ces accès est leur très grande ressemblance, ils se répètent. Mais leur mode de succession est très variable, aussi devrons-nous distinguer un certain nombre de types cliniques :

Le type *intermittent pur*, composé d'accès de même nature, séparés par des intervalles lucides d'une durée variable, *manie intermittente, mélancolie intermittente*, le type *circulaire continu*, composé d'accès maniaques et mélancoliques alternant indéfiniment sans aucun intervalle lucide.

Entre ces deux types, il existe de nombreux chaînons intermédiaires : *formes irrégulières*, manie ou mélancolie intermittente, dont le cours régulier est interrompu par un ou plusieurs accès de formule contraire ; *forme alterne*, caractérisée par des alternances régulières d'accès de manie et de mélancolie avec une intermittence entre chacun des accès ; *double forme*, constituée par des accès conjugués de manie et de mélancolie, séparés par un intervalle lucide.

Par une affinité d'origine, l'*hystérie* se rattache aux états dégénératifs que nous venons d'étudier ; comme eux, elle évolue sur un terrain prédisposé, et présente bien souvent à côté de ses manifestations spéciales des stigmates psychiques et physiques de la dégénérescence. Comme les syndromes épisodiques dont nous avons parlé tout-à-l'heure, elle se manifeste sous l'influence des agents étiologiques les plus divers.

Nous verrons que les hystériques peuvent présenter des phénomène délirants variés, dont les principaux sont : la confusion mentale, le délire maniaque et un délire systématisé.

L'*épilepsie essentielle* se rattache naturellement aux états précédents avec lesquels elle est du reste très fréquemment associée. Elle reconnaît les mêmes origines, elle évolue sur le même terrain, aussi sa description trouvera-t-elle place ici.

L'épilepsie psychique, les délires, le caractère, les actes des épileptiques nous retiendront surtout.

La *chorée chronique héréditaire*, rentre également dans la catégorie des psychopathies à prédisposition latente. Sous l'influence des moindres causes, on voit ces sujets présentant des stigmates psychiques et parfois physiques de la dégénérescence, atteints de troubles mentaux, ordinairement des idées de persécution, puis finir dans la démence.

ETATS ACCIDENTELS OU ACQUIS

Nous venons d'examiner toute une série de cas, dans lesquels à des degrés divers le cerveau était en état d'insuffisance congénitale. A côté de ceux-là, il en est où la prédisposition n'est pas apparente, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'est pas ; Lasègue n'a-t-il pas dit qu'il faut pour faire une psychose être un cérébral ? Dans ces états, les troubles mentaux surviennent sur un terrain semblant vierge de toute prédisposition, sous l'influence des nombreuses causes physiques ou morales, dystrophiques, toxiques ou infectieuses, exogènes ou endogènes.

Tantôt les troubles provoqués, porteront au point la marque de l'agent causal que leur individualité s'affirmera et qu'un type clinique pourra être isolé, tel celui réalisé par les intoxications, le délire alcoolique par exemple, Mais plus souvent, ce seront des syndrômes communs que ces divers facteurs étiologiques feront naître, et selon leur nature, selon la durée et l'intensité de leur action, ces syndrômes présenteront une durée et une intensité variable, revêtiront une gravité différente.

Ce seront d'abord des troubles passagers, puis, si leur action se prolonge où est trop sévère, une atteinte définitive portée à l'intégrité du cortex, se

traduisant par des troubles permanents et irrémédiables. Nous serons donc amenés à envisager successivement des *troubles passagers* en rapport avec les infections et les intoxications, puis des troubles permanents, insuffisances totales et définitives, ou *démences*.

Notons ici que tous ces états peuvent compliquer toutes les psychopathies congénitales dont nous avons parlé en commençant.

TROUBLES PASSAGERS

Les troubles mentaux dus aux *infections et aux intoxications* nous retiendront tout d'abord. Parmi les *psychoses infectieuses*, nous étudierons le *délire fébrile*, qui s'observe dans un grand nombre d'affections accompagnées de fièvre. Il est caractérisé par de l'obnubilation de la conscience, de la confusion, des illusions et hallucinations multiples, de l'agitation motrice, symptômes plus ou moins accusés selon l'intensité du délire : la simple torpeur cérébrale et l'irritabilité d'humeur, le trouble de l'idéation, l'obnubilation profonde avec délire confus, hallucinations multiples et parfois agitation vive, en marquent les trois degrés.

Puis, le *délire infectieux*, indépendant de l'élévation thermique, constitué soit par des symptômes d'excitation, soit plus souvent par de la confusion mentale ou du délire hallucinatoire. Ce délire est souvent noté dans la fièvre typhoïde, la variole, le typhus exanthématique, la rage.

Parmi les *psychoses par intoxication*, dont l'onirisme hallucinatoire, la confusion mentale, l'amnésie, constituent le fond symptomatique commun, nous passerons en revue :

L'intoxication alcoolique aiguë avec ses périodes d'excitation puis de paralysie, et ses formes : ivresse comateuse, maniaque, convulsive, délirante ;

L'alcoolisme chronique et ses accidents épisodiques : délirium tremens, délire systématisé alcoolique, épilepsie.

Les autres *intoxications aiguës*, dues à l'oxyde de carbone, au hachisch, au chloral, etc. ; et les *intoxications chroniques* par la morphine, la cocaïne, le plomb, etc.

Nous aborderons ensuite l'étude des *psychoses par auto-intoxication* dont les principales sont celles liées à la *goutte* ; au *diabète* : dépression mélancolique, narcolepsie, coma ; à l'*urémie*, délire urémique, à forme expansive et à forme pénible ; à l'*insuffisance hépatique* ; à l'*insuffisance thyroïdienne* de l'adulte, constituant le myxœdème, caractérisé par des symptômes d'engourdissement et de torpeur cérébrale, avec accès passagers d'irritabilité.

Nous étudierons enfin des *états mixtes*, pouvant relever à la fois des infections, des intoxications et de la fatigue excessive sans réparation suffisante des éléments nerveux de l'écorce. Ce sont :

Les *psychoses par épuisement*, vaste groupe dont la confusion mentale constitue le principal symptôme, et dont la neurasthénie acquise paraît être une des formes ;

La *psychose polynévritique*, dans laquelle, presque toujours, des troubles névritiques coexistent avec des troubles mentaux, au premier rang desquels viennent se ranger l'amnésie sous ses diverses formes et l'incohérence des propos.

TROUBLES DÉFINITIFS

DÉMENCES

Nous venons d'étudier une série d'états de gravité variable, ne compromettant pas irrémédiablement les facultés intellectuelles, mais vous concevez que la cellule cérébrale ne puisse indéfiniment subir impunément l'influence nocive des facteurs étiologiques ; un moment vient où elle succombe, alors se trouve réalisée la désorganisation, l'affaiblissement acquis des facultés, la *démence*, expression de l'insuffisance cérébrale totale et définitive.

Cette démence, nous la trouverons réalisée par tous les facteurs énumérés, pourvu que l'intensité de leur action soit suffisante. Elle sera la fin naturelle de maint état que nous avons envisagé, *démence secondaire*, l'aboutissant des diverses psychopathies dégénératives ou non, des délires systématisés progressifs : *démence vésanique*, de l'épilepsie : *démence épileptique*, de la chorée : *démence choréique*, des intoxications, de l'alcoolisme : *démence alcoolique* ; de l'artério-sclérose cérébrale, des lésions cérébrales circonscrites : *démence organique*, des maladies du système nerveux : tabes, syringomyélie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson.

Mais l'affaiblissement intellectuel pourra aussi se montrer primitivement, si bien que nous étudierons ensuite des *démences primitives* qui seront précoces ou tardives empruntant aux diverses périodes de la vie, les facteurs étiologiques qui sont le lot de chacune d'elles.

Nous verrons ce qu'est la *démence précoce*, naufrage d'intelligences souvent tarées, ne résistant pas au surmenage ou à des influences probablement toxiques encore mal connues. Sauf quelques exceptions, elle apparaît pendant l'adolescence et évolue différemment suivant qu'à l'affaiblissement intellectuel s'associent ou non des phénomènes aigus. Nous envisagerons successivement une forme catatonique, une forme hébéphrénique ou délirante, une forme paranoïde.

A un âge plus avancé, de 35 à 45 ans, chez des sujets dégénérés ou non, touchés par un ou plusieurs importants facteurs étiologiques ; traumatisme, chagrin, surmenage, intoxications diverses et surtout syphilis, nous verrons le cerveau sombrer plus ou moins rapidement, et le sujet succomber à la *paralysie générale*. Cette redoutable affection qui nous retiendra longuement, mérite toute votre attention, car c'est elle que vous rencontrerez le plus souvent. Parfois fort simple dans son évolution, caractérisée par un affaiblissement progressif et général des facultés mentales, et par des signes physiques importants en tête desquels se place un trouble bien particulier de l'articulation, elle est bien souvent accompagnée de symptômes empruntés au terrain sur lequel elle évolue, aussi devrons-nous successivement envisager : une paralysie générale simple, sans délire, une paralysie générale à forme expansive, à forme maniaque, à forme mélancolique.

Enfin, si l'homme a pu parvenir à un âge avancé sans présenter de troubles mentaux, si son cerveau a échappé aux atteintes des agents étiologiques les plus divers, il n'est pas encore à l'abri de toute altération, et sous l'influence de l'usure, en vertu de l'involution sénile, on peut voir l'intelligence sombrer peu à peu ; la compréhension devient plus faible, les illusions sont fréquentes, quelques conceptions délirantes peuvent apparaître : mélancolie, idées de persécution empreintes du cachet spécial de la sénilité, la mémoire, l'orientation font défaut, les sentiments affectifs s'effacent, l'état physique traduit également la déchéance organique, c'est la *démence sénile*.

Tel est, envisagé dans son ensemble, et brossé à grands traits, le domaine de la pathologie mentale. Vous voyez qu'il est vaste, et qu'il était utile avant d'en aborder fructueusement l'étude, de vous en tracer les grandes lignes.

Laissez-moi maintenant, pour terminer, vous dire quelques mots, de l'intérêt pratique, présenté par cet enseignement.

Vous verrez, que tant au point de vue prophylactique et thérapeutique, que médico-légal, les notions que vous devez acquérir, seront pour vous, fécondes en résultats.

En ce qui concerne la prophylaxie, et vous savez que l'idéal pour le médecin doit tendre à éviter la maladie, plus qu'à la combattre, l'étude de l'étiologie des maladies mentales vous permettra parfois de les prévenir, et en tout cas, d'en atténuer la gravité.

Dans votre clientèle, vous apprendrez à juger de la capacité intellectuelle des sujets dont la santé vous est confiée, et vous pourrez grâce à vos connaissances, prendre telle mesure opportune, donner tel conseil, dont l'importance pourra être considérable.

C'est un sujet ayant présenté des convulsions dans l'enfance, que vous préserverez de l'épilepsie grâce à une hygiène et à une diététique bien comprise ; un dégénéré, chez lequel dès l'apparition des premières obsessions vous conseillerez le genre d'occupation susceptible d'enrayer l'extension des idées obsédantes.

C'est encore un syphilitique, dont vous vous attacherez non seulement à traiter énergiquement l'affection, mais que vous placerez dans les conditions les meilleures, pour que la paralysie générale qui est si souvent le lot de pareils malades, ne trouve pas à côté d'une syphilis mal soignée, le terrain épuisé et intoxiqué sur lequel elle se plaît à évoluer.

Un convalescent de maladie infectieuse, de fièvre typhoïde par exemple, à qui vous interdirez une reprise trop précoce de ses occupations et que vous soumettrez à une hygiène sévère, avertis que vous serez, de la possibilité de voir surgir une des nombreuses psychoses qui ont été observées à la suite de cette maladie.

Je pourrais, Messieurs, multiplier indéfiniment ces exemples, qui vous montrent comment vous pouvez sauvegarder l'intégrité intellectuelle de vos malades. Je m'en tiendrai là, convaincu de n'avoir pas trop insisté sur ce sujet.

L'intérêt qu'il y a de diagnostiquer de bonne heure les psychopathies n'est pas moins grand. Si vous n'avez pas su prévoir, ou si, ayant prévenu votre sujet, celui-ci n'a pas tenu compte de vos recommandations, tout au moins pouvez-vous encore lui être utile. Vous savez, en effet, que d'une façon géné-

rale, de la précocité d'un diagnostic dépend l'heureuse issue de la maladie. En médecine mentale, vous ne guérirez malheureusement pas toujours, mais vous pourrez parfois abréger la durée d'un accès délirant, d'une période d'excitation ou de dépression, en soustrayant plus tôt le malade du milieu qui lui est préjudiciable, en faisant cesser une intoxication que vous savez devoir être incriminée. Vous pourrez encore, même s'il s'agit de paralysie générale, retarder l'évolution de la maladie, provoquer la production d'une rémission, et procurer au malade une survie, que l'intégrité parfois suffisante des facultés intellectuelles rend désirable. Le diagnostic précoce d'états mélancoliques, permettra de prendre à l'égard du malade les précautions nécessaires pour empêcher toute tentative de suicide.

La précocité de votre diagnostic ne sera pas profitable à votre malade seulement, sa famille, la société n'y sont pas moins intéressées.

Grâce à lui, vous préviendrez les nombreux crimes et délits que sont susceptibles de commettre les aliénés.

Avertis de la possibilité de voir se commettre l'infanticide au cours des psychoses puerpérales, vous séparerez à temps la mère et l'enfant.

Vous mettrez aussi l'entourage à l'abri des réactions violentes et inattendues des sujets atteints de démence précoce, et afin d'éviter toute violence, vous n'attendrez pas un instant pour provoquer l'internement, lorsqu'un délirant chronique laissé jusque là en liberté aura désigné l'auteur de ses persécutions.

La fortune des malades et de leur famille sera sauvegardée grâce à vous. Lorsque vous aurez appris à connaître la prodigalité des paralytiques généraux à la période prodromique, vous vous rendrez compte des désastres financiers qui pourront résulter de la méconnaissance d'un état morbide que seul au début un médecin averti est à même de dépister. C'est que vous n'arriverez jamais assez tôt, pour empêcher ces malades d'effectuer des achats onéreux, de vendre à des prix dérisoires, de concevoir des projets insensés, et de s'engager dans des entreprises ruineuses, d'autant plus que le faible degré de l'affaiblissement intellectuel à cette période, fait bien souvent que l'on a peine à imposer à la famille, la prompte décision d'un internement, trop justifiée cependant par les tendances du malade et par le peu de scrupules d'individus, toujours disposés à profiter du désordre de ses facultés.

Vous venez de voir quel intérêt supérieur il y a à ce que vous puissiez faire de bonne prophylaxie, et, l'affection déclarée, à ce que vous la reconnaissiez au plus tôt. Nous en arrivons maintenant à la question de l'internement.

Demain, vous allez vous installer, et la loi vous autorise à rédiger un certificat sur le vu duquel l'internement d'une personne peut être effectué.

Quelle n'est pas votre responsabilité en cette circonstance, et combien ne vous paraîtra-t-elle pas plus lourde encore, si vous n'avez pas acquis les notions qui vous permettent de prendre en toute connaissance de cause une décision de pareille gravité.

S'agit-il bien d'un aliéné ? A quelle forme d'aliénation avez-vous affaire ? Est-elle justiciable de l'internement ou du traitement à domicile ?

S'agit-il d'un délire d'hôpital ? La connaissance des délires infectieux, vous permettra de traiter efficacement vos malades, et vous n'enverrez pas mourir dans un asile d'aliénés un typhique ou un pneumonique dont le délire violent aurait pu si vous n'étiez avertis, vous en imposer pour un état maniaque justiciable de l'internement.

Et si cet internement est décidé, quelles formalités doit-on accomplir ?

Vous le voyez, Messieurs, les questions à résoudre sont multiples où que vous exerciez, il ne se passera pas d'année, sans que plusieurs fois vous vous trouviez en leur présence.

Ici, ce n'est plus seulement la santé de vos clients qui est entre vos mains, mais leur fortune, leur honneur et, par surcroît, la sécurité publique, puisque de vous dépendront les mesures destinées à prévenir le suicide, l'homicide, et d'une façon générale les agressions contre la vie et la propriété d'autrui.

Etes-vous appelés à aider la justice de vos lumières ? Comment pourrez-vous le faire si vous ne possédez pas la compétence nécessaire ? C'est alors cependant que les problèmes se poseront multiples et souvent délicats. Je ne puis vous les énumérer tous, et pourtant, comment ne pas vous dire l'intérêt qu'il y a à dépister la paralysie générale à la période médico-légale, chez tel exhibitionniste ou tel voleur, à déceler l'épilepsie chez tel malade prévenu d'attentat à la pudeur, à apprécier le degré de responsabilité de criminels épileptiques, persécutés, et surtout celui de ces malades plus nombreux encore, présentant

des formes intermédiaires, situées sur les frontières de la folie ; à dépister enfin la simulation.

L'honneur de bien des familles pourra dépendre de votre perspicacité, car il n'est pas indifférent qu'un sujet appartenant à une famille honorable soit considéré comme responsable, d'un délit accompli en état d'aliénation. Que d'aliénés méconnus ont peuplé et peuplent encore les prisons ! Que de jeunes soldats déments précoces, ont dû, pour violence, payer chèrement l'ignorance dans laquelle leurs juges se trouvaient de leur état mental.

Enfin, les accidents du travail à propos desquels le médecin est si fréquemment appelé aujourd'hui à donner son avis, vous réservent bien des difficultés à résoudre. Bien souvent, pour ne citer que cet exemple, vous devrez apprécier le rôle joué par un traumatisme, dans l'éclosion d'une psychopathie survenue à plus ou moins longue échéance.

Vous le voyez, Messieurs, c'est en toutes circonstances que les notions de médecine mentale que vous aurez acquises vous viendront à point.

Laissez-moi vous signaler enfin l'intérêt philosophique présenté par l'étude de l'esprit humain à l'état pathologique. Si, en effet, la pathologie en général est une source de renseignements pour la physiologie, la médecine mentale fournit sur la psychologie les données les plus intéressantes. Et, à voir si fragile la raison humaine, à constater quels rudes assauts lui sont livrés par les mille facteurs étiologiques que vous apprendrez à connaître, vous ne pourrez vous défendre d'un sentiment de pitié pour la multitude de ceux qui ne mettent pas toujours leurs actions en harmonie avec les indications de la morale ; vous sortirez de ces leçons plus indulgents pour eux, et ce ne sera pas, je l'espère, le moindre bénéfice que vous en retirerez.

Sonnet de la fin.

Le mieux est l'ennemi du bien.

Déjà depuis un an il se sent essoufflé ;
En vain le bon docteur sur l'ordonnance étale
Caféine et Muguet, Strophante ou Digitale,
Le pauvre patient n'en a pas moins enflé

On l'a vêtu de laine et bien emmitouflé ;
Mais le mal jour par jour suit sa marche fatale,
Et la table est un vrai supplice de Tantale,
Car du lait, seul permis, l'estomac est gonflé.

Parents, amis, voisins, vont prendre des nouvelles.
— Est-il bien ? — Un peu mieux. On sonne, on entre, on sort,
Caressant en son cœur l'espoir d'un meilleur sort.

Et puis, un beau matin, ce sont rumeurs nouvelles :
— Comment ! Mais hier au soir il allait mieux encor !
A force d'aller mieux, le malade était mort.

(Lyon médic.) Dr TRAUBE.

BIBLIOGRAPHIE

L'Urine normale et pathologique *(Technique urologique appliquée au diagnostic)*, par le docteur R. BRANDEIS. Un volume in-16 de 312 pages, avec 85 figures dans le texte et 4 planches hors texte en couleurs. Prix : 4 francs (G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris-VIe).

L'auteur consacre un chapitre préliminaire aux notions de Chimie biologique, d'Histologie et de Physiologie, indispensable pour comprendre le fonctionnement de l'appareil uninaire.

Les éléments normaux et anormaux de l'urine sont ensuite étudiés au point de vue de leur origine, de leur recherche, de leur dosage, de leurs variations, de leur signification clinique.

La partie microscopique, très détaillée, permet la reconnaissance facile des sédiments, grâce aux nombreuses figures intercalées dans le texte. L'épreuve du Bleu de Méthylène et de la Phloridzine, la Cryosopie, la Toxicité urinaire rappelle au lecteur l'utilité que présentent, dans certains cas, ces méthodes accessoires d'exploration clinique.

L'essai clinique des calculs, la recherche des médicaments usuels dans l'urine, les fraudes commises par les simultateurs, sont l'objet de développements particuliers.

Enfin, une large place est consacrée à la Séméiologie urinaire : l'auteur s'attache à démontrer qu'elle source fertile de renseignements cliniques peut-être une analyse méthodiquement interprétée.

En résumé, ce livre pratique se propose un double but : montrer au clinicien les précieuses indications que peut lui fournir une analyse d'urine pour édifier ou confirmer son diagnostic ; réunir pour le chimiste les méthodes analytiques rapides, sûres, vraiment scientifiques, dont l'exécution est rendue facile par des descriptions techniques détaillées et minutieuses.

A ce double titre, ce volume a sa place indiquée dans la bibliothèque du médecin, dans le laboratoire du pharmacien ou du chimiste.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, par le professeur GRANCHER, 1905.

— Congrès français de médecine, 8e session, rapports *Liège*, 1905.

N° 479. Dixième Année. N° 11. Le Numéro : 10 centimes 18 Mars 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur les effets de la tuberculine absorbée par le tube digestif chez les animaux sains et chez les animaux tuberculeux

Note de **MM. A. Calmette** et **M. Breton** (1)

Dans une précédente note (2), nous avons montré que les animaux rendus tuberculeux soit par inoculation, soit par ingestion d'un seul repas infectant, sont rapidement intoxiqués lorsqu'on leur fait ingérer à plusieurs reprises de petites quantités de bacilles tuberculeux tués par l'ébullition.

Nous avons vu, en outre, que les animaux sains eux-mêmes sont susceptibles de succomber lorsqu'on leur fait absorber successivement, à de courts intervalles, plusieurs petites doses de ces mêmes bacilles morts. Les lésions anatomiques qu'ils présentent sont alors identiques à celles que l'on observe à la suite de l'intoxication par la tuberculine.

FREYMUTH (1), avait déjà constaté que, chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, la tuberculine ingérée produit la même réaction fébrile que lorsqu'on l'injecte sous la peau, si l'on prend soin de neutraliser au préalable l'acidité du suc gastrique par l'administration d'une dose convenable de bicarbonate de soude.

Les expériences que nous relatons aujourd'hui prouvent que chez les rongeurs herbivores tels que le cobaye, dont on connaît la grande sensibilité à la tuberculose, la tuberculine ingérée, sans alcalinisation préalable du contenu stomacal, se montre toxique non seulement pour ceux de ces animaux qui sont déjà tuberculeux, mais aussi, et surtout dans le jeune âge, pour ceux qui sont indemnes de tuberculose.

Afin d'éliminer l'influence de la glycérine, nous avons utilisé la tuberculine à l'état de poudre sèche, précipitée par l'alcool absolu. 100 grammes de tuberculine nous fournissaient 0 gr. 75 de ce précipité sec. Cette poudre, entièrement soluble, était dissoute au moment de l'usage, dans une très petite quantité d'eau et administrée à l'aide d'une petite sonde en gomme adaptée à une seringue. Les animaux étaient toujours tenus à jeun depuis 24 heures.

Une dose de 0 gr. 02 de notre tuberculine ainsi

(1) Note présentée à l'*Académie des Sciences* le 12 mars 1906.
(2) *Académie des Sciences*, 16 février 1906... Voir *Echo médical du Nord*, 1906, p. 73.

(1) *Münchener Med. Woch.*, 10 janvier 1906.

préparée et ingérée en un seul repas, tue presque constamment en deux à sept jours les jeunes cobayes sains de 130 à 150 grammes, sans produire, chez eux, de réaction thermique caractérisée.

A l'autopsie on leur trouve des ecchymoses sous-séreuses et des hémorrhagies intestinales, un commencement de dégénérescence granulo-graisseuse du foie avec décoloration des reins et des capsules surrénales. Leur intestin grêle est extrêmement friable.

Les cobayes adultes sains du poids de 350 à 400 grammes sont plus résistants. Mais lorsqu'on leur fait ingérer en un seul repas 0 gr. 05 de tuberculine, ils maigrissent et succombent constamment quarante à quarante cinq jours après, avec des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse ou vitreuse très accentuées.

Nous avons essayé vainement d'habituer les cobayes sains à l'ingestion répétée de tuberculine à doses progressivement croissantes. Chez les animaux jeunes, nous avons fait ingérer successivement, de cinq en cinq jours, 2, 5 et 10 milligrammes de tuberculine, et chez les adultes jusqu'à 95 milligrammes en six repas, sans pouvoir aller plus loin. Aucun de nos animaux n'a résisté.

La sensibilité des cobayes tuberculeux à la tuberculine est, comme on devait le supposer, beaucoup plus grande.

Nos expériences ont été faites avec des animaux rendus tuberculeux par l'ingestion, en un seul repas, de 2 centigrammes de bacilles bovins fraîchement desséchés.

Trente et quarante-cinq jours après ce repas infectant, chacun de nos animaux ingérait, en même temps qu'un nombre égal de témoins, 1 à 10 milligr. de tuberculine. Tous les tuberculeux ont présenté, même avec la dose de 1 milligr., une réaction thermique de 1°8 à 2°2, alors que, chez les témoins, l'élévation de température observé n'a pas dépassé 1°5, chiffre qui représente la limite normale des oscillations de température chez le cobaye sain.

Tous les témoins sont restés bien portants, la dose de tuberculine ingérée par eux a été insuffisante pour produire des accidents.

Ces expériences nous permettent de conclure :

1° Que la tuberculine absorbée par le tube digestif est toxique pour les animaux non tuberculeux, et que cette toxicité est surtout considérable pour les animaux jeunes.

2° Qu'il ne s'établit aucune accoutumance à l'ingestion de doses progressivement croissantes de tuberculine.

4° Que les cobayes rendus tuberculeux par un seul repas infectant réagissent constamment à la tuberculine lorsqu'on leur fait ingérer cette substance à la dose de 1 milligramme, inoffensive pour les cobayes sains.

4° Enfin que, chez les animaux tuberculeux ou suspects de tuberculose, la réaction diagnostique peut s'obtenir aussi précise par l'ingestion que par l'inoculation sous-cutanée de la tuberculine.

Clinique chirurgicale infantile

M. le professeur agrégé **Gaudier**

Nouveau méfait du taxis forcé

par le Dr **Debeyre** et **Arquembourg**, Interne des Hôpitaux.

La question du taxis a été tellement discutée dans ces dernières années qu'il semble impossible de trouver un argument nouveau contre cette manœuvre. Nous n'avons pas cette prétention et nous nous bornerons à relater un nouveau méfait du taxis : un hématome du testicule. A notre époque où le taxis n'est plus qu'un procédé d'exception, employé en général modérément, il nous semble qu'un cas, dans lequel un traumatisme aussi grave a pu être produit, présente un certain intérêt.

Observation. — X..., âgé de 2 ans, entre, le 29 janvier 1906, dans le service de M. le professeur agrégé Gaudier, avec le diagnostic d'étranglement herniaire.

Les parents nous racontent que l'enfant, jusque là très bien portant, a présenté, 6 jours auparavant, plusieurs vomissements ; le docteur de la famille a constaté à ce moment une hernie inguinale gauche réductible.

Pas d'autres symptômes, pas d'interruption dans le cours des matières et des gaz jusqu'au 28 janvier. La hernie devient alors irréductible et deux médecins répètent successivement des manœuvres de taxis. On s'aperçoit le lendemain qu'il existe encore une tuméfaction dans la région inguinale gauche et la partie correspondante du scrotum et l'on se décide à nous amener l'enfant.

A l'inspection nous constations une tumeur ovoïde s'étendant tout le long du trajet inguinal et remplissant la plus grande partie de la bourse gauche.

Cette tumeur mesure à peu près 7 centimètres dans son plus grand axe, la peau qui la recouvre est rouge et présente une légère circulation collatérale, le fond du scrotum est rouge également.

La percussion donne de la matité, elle est douloureuse et fait pousser à l'enfant des cris aigus (il est vrai que le petit malade, très difficile à examiner, pleure pour ainsi dire sans cesse).

A la palpation, en dépit de la tension superficielle, on sent une tumeur dont le pédicule semble s'enfoncer dans l'anneau inguinal et dont la base est à 2 centimètres du fond du scrotum. Le testicule paraît faire corps avec la partie inférieure de la tumeur.

Sans tenter la moindre manœuvre de réduction, nous

décidons une intervention immédiate. Le malade étant chloroformé par M. Lemoine, interne de garde, nous pratiquons une incision suivant le plus grand axe de la tuméfaction, incision commençant à 2 centimètres au-dessous de l'orifice inguinal externe et se terminant à 4 centimètres au-dessus. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané infiltrés de sang et considérablement épaissis, étant sectionnés, nous arrivons sur une tunique vaginale adhérente au tissu voisin, et qui, au lieu d'avoir la minceur ordinaire, présente environ 3 millimètres d'épaisseur, à première vue on pourrait même croire que l'on se trouve en présence de la musculeuse de l'intestin car les tissus très rouges saignent facilement.

Nous faisons d'abord une prudente ponction de cette tunique ; il s'écoule un peu de liquide louche sanguinolent ; nous agrandissons, puis introduisant le doigt dans l'orifice que nous venons de créer nous sentons un organe arrondi qui est le testicule volumineux, bleuâtre, entouré de caillots qui remplissent la vaginale.

Nous cherchons ensuite à isoler le cordon, mais nous rencontrons des difficultés insurmontables, car il est compris dans du tissu cellulaire et de la fibrine et il est absolument impossible de le séparer du sac.

Nous fendons alors le canal inguinal sur toute sa hauteur jusqu'à l'amorce herniaire et nous trouvons là le sac très mince et qui est vide, nous l'isolons, le fermons, en réséquons une partie et nous terminons par une cure radicale laissant en bas la vaginale largement ouverte et drainée.

Pansement aseptique.

En dépit du mauvais état des tissus les suites de l'opération furent excellentes et l'enfant guérit au bout de dix jours.

Si nous avons tenu à présenter cette observation c'est dans le but de signaler à ceux qui seraient encore tentés de pratiquer le taxis, un danger auquel on ne pense pas suffisamment en faisant cette manœuvre chez l'enfant : la possibilité de produire un grave traumatisme.

Les autres inconvénients du taxis ont été signalés des milliers de fois ; les cas d'intestin sphacélés rentrés dans l'abdomen ne se comptent plus ; les cas de réduction en bloc de la hernie s'observent de temps en temps et dans ce journal même M. le professeur Folet et Debeyre en ont relaté un exemple (1) ; la difficulté de fixer l'âge de l'étranglement dans certaines hernies sans symptômes apparents a été signalée jadis par M. D. Mollière (2) ; mais ce qu'on a un peu oublié depuis la disparition des manœuvres de force pour la réduction de la hernie, c'est la *production d'un traumatisme*.

Nous insistons particulièrement sur le danger que présente à ce point de vue le taxis chez l'enfant, dont la structure fine des tissus, la délicatesse des téguments est une prédisposition à des délabrements graves pour des pressions relativement minimes ; et de plus si par suite de l'insuccès du taxis la kélotomie devient nécessaire, cette intervention se fera dans de très mauvaises conditions sur des tissus meurtris, infiltrés de sérosité et de sang ; il y aura encore là une source de complications dont la gravité possible n'échappera à personne.

(1) Pr. Folet — *Echo médical du Nord*, 31 Mai 1903
(2) D. Mollière. — *Lyon médical*, 1883.

Etude sur les lésions pancréatiques signalées au cours du diabète gras (1)

(D'après des recherches personnelles et celles des auteurs)

Par le docteur **Gellé.**

Depuis les travaux de Lancereaux (1877) on divise en trois grandes classes les formes du diabète.

Dans l'une se rangent ceux qui relèvent d'une altération du système nerveux. C'est le diabète nerveux.

La seconde comprend les diabètes engendrés par des troubles généraux de l'organisme, le ralentissement de la nutrition, la goutte, l'arthritisme.

Cette seconde forme fut appelée celle du diabète gras en raison de l'embonpoint florissant qui d'ordinaire l'accompagne

La troisième classe est celle du diabète maigre décrit par Lancereaux en 1877.

Pour cet auteur et pour ses élèves, Lapierre tout d'abord (1879), et Boutard ensuite (1890), cette forme seule était d'origine pancréatique.

Cette division très nette qui se rencontre dans les ouvrages classiques était encore adoptée en 1904 par Lancereaux dans une communication à l'Académie de Médecine.

Cependant, tous les auteurs n'admettaient pas cette distinction et Baumel le premier en 1881, à la suite d'une observation très intéressante, soutint que le diabète gras comme le diabète maigre était d'origine pancréatique.

Dans un de ses mémoires de cette époque M. Baumel écrivait à la suite d'une observation de diabète gras : « N'est-il pas permis de se demander pourquoi il existerait une différence si grande entre les deux formes de diabète et pourquoi dans le diabète maigre il y aurait constamment des lésions d'un organe qui serait respecté dans le diabète gras ».

Cette simple question était bientôt transformée en affirmation par cet auteur car dans un second mémoire 1882, on peut lire comme première conclusion : « L'altération du pancréas est constante dans le diabète, quelle que soit la forme de cette affection (Diabète gras, diabète maigre). »

Et pourtant cette manière de voir ne fut pas adoptée par la plus grande partie des auteurs. Boutard, dans sa thèse de 1890 rejette l'opinion de Baumel comme ne la trouvant pas édifiée sur un assez grand nombre de documents.

On reste étonné il est vrai devant une négation aussi formelle de la part de Boutard et l'on se demande sur quelles données cette opinion a pu être fondée. Car sur 29 observations de diabète gras, contenues dans la thèse de cet auteur, une seule suivie d'autopsie ne fait même pas mention de l'état du pancréas.

(1) Travail du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté.

Mais si de 1881 à 1890, les documents sont trop peu nombreux pour apporter une certitude, il n'en est plus de même aujourd'hui. Depuis 1894 des observations peu nombreuses encore ont été publiées, et leur groupement apporte une preuve indiscutable en faveur de l'identité de la pathogénie de certains diabètes gras, et du diabète maigre d'origine pancréatique. Voici d'ailleurs le résumé de ces observations.

1° Observation de M. Baumel. — L'observation clinique très détaillée nous apprend qu'il s'agit d'un individu âgé de 50 ans diabétique. Ce malade, d'une constitution forte, d'un tempérament lymphatico sanguin et d'un embonpoint considérable, meurt à la suite d'une pneumonie avec phlegmon circonscrit du bras et de la jambe.

L'examen anatomo-pathologique du pancréas montre les altérations suivantes : Sur des coupes transversales et à un faible grossissement, on voit les canaux excréteurs dont les parois épaissies sont colorées en rose par le carmin.

De ces parois partent des travées de plus en plus délicates qui, en se divisant, s'anastomosent les unes avec les autres et circonscrivent des mailles qui représentent les acini de la glande.

Des vaisseaux accompagnent souvent la paroi des conduits glandulaires, sur leur coupe transversale on voit leurs parois également épaissies. Les acini se montrent comme des grains plus ou moins réguliers, de couleur jaunâtre, séparés les uns des autres par les travées conjonctives colorées en rose que nous avons déjà indiquées.

A un plus fort grossissement les travées colorées en rose et qui proviennent des canaux glandulaires, sont vues maintenant constituées par du tissu conjonctif fasciculé de plus en plus délicat à mesure que l'on s'approche de l'acinus. Les cellules glandulaires serrées les unes contre les autres sont polyédriques, jaunâtres, granuleuses, prennent mal les réactifs colorants au moins pour le plus grand nombre.

Au milieu d'elles on aperçoit des vésicules graisseuses de volume très variable allant de 1 à 15 μ, ayant une réfringence caractéristique mais peu solubles cependant dans l'éther ou le chloroforme après l'action des réactifs qui ont été précédemment employés. Dans certains points ces cellules vésiculeuses adipeuses sont si multipliées qu'elles l'emportent sur le nombre des cellules glandulaires.

D'autres acini au contraire, n'en contiennent que très peu ou pas du tout. On trouve aussi quelques cellules adipeuses le long des travées conjonctives.

En résumé la lésion prédominante paraît être l'infiltration de la graisse dans les acini avec une légère sclérose conjonctive.

Observations de Hansemann. — Hansemann en 1894, étudiant les rapports du pancréas et du diabète donne un tableau résumant 40 observations. Parmi celles-ci se trouvent les sept cas suivants de diabète gras.

	Noms et ages	Marche de la maladie	Pancréas	Système nerveux	État de nutrition	Autres altérations
1	Karl Denkhau 45 ans	Coma 4 %, du sucre	Gros, très résistant. A la coupe comme à la surface, les acini sont séparés les uns des autres par des traînées de tissu conjonctif. Quelques acini sont rouges, les autres sont blancs. Pancréatite interstitielle.	Normal	Gras	Syphilis Reins diabétiques typiques
2	Emil Hildebrandt 30 ans	Pas de coma	Atrophie	»	Gras	Endocardite chronique. Induration cyanotique des reins, du foie, de la rate.
3	Rich. Schramm 60 ans	Pas de coma	Très petit et atrophié	»	Bon état de nutrition	Reins diabétiques typiques Gangrène du pied
4	Auguste Mittelhaus 17 ans	Coma	Atrophie, poids 80 gr.	Normal	Très bon état de nutrition	Reins diabétiques typiques
5	Auguste Schleth 66 ans	Pas de coma	Atrophie	»	Bon état de nutrition	Gangrène du pied et de la jambe gauche

Observation 6 (Hansemann). — Femme U..., 55 ans, meurt dans le coma diabétique. Autopsie le 15 mai 1894. Taille moyenne. Cadavre en assez bon état de nutrition (plus loin l'auteur dit en bon état : gut genährt). Pas d'œdème.

Diagnostic anatomique. — Cystite et pyélite purulente. Gangrène circonscrite du poumon droit. Pleurésie fibrineuse droite. Néphrite apostémateuse multiple. Hémorragie du péricarde, des deux plèvres, des ventricules. Cholélithiase. Hyperémie cérébrale, œdème de la pie mère, Atrophie granuleuse fibreuse du pancréas.

Le pancréas mesure 19 centimètres de longueur. Il est mou et très aplati. Dans les points où ils sont encore visibles les acini sont petits et entourés par du tissu conjonctif lâche et mou.

La tête d'une largeur de 5 centimètres contient encore d'une façon distincte du tissu glandulaire.

Le corps est transformé presque complètement en une masse fibreuse de consistance molle. Celle-ci présente dans

sa partie médiane une mince travée dans laquelle on ne peut reconnaître le canal excréteur.

La queue a 2 centimètres 5 de large et renferme quelques points de substance glandulaire évidente.

Le poids total de l'organe est de 38 grs.

L'examen microscopique ne montre ni dégénérescence trouble, ni transformation graisseuse du parenchyme. Les cellules glandulaires sont petites. Les lobules de ci de là insuffisants sont entourés de tissu conjonctif lâche.

En quelques endroits se trouvent des foyers d'infiltration riches en cellules.

Le plexus solaire est microscopiquement intact.

Observation 7 (Hansemann). — Ernst B..., 42 ans. Autopsié le 5 juin 1894. Sucre 1 °/₀. Forte acétonurie. Phtisie aiguë ; meurt dans le coma.

Cadavre en très bon état et nutrition. Pas d'œdème.

L'examen macroscopique et microscopique du plexus solaire le montre intact.

Tout autour du pancréas se trouvent de nombreuses adhérences sous forme de cordons fibreux qui s'étendent du pancréas au péritoine.

Le pancréas mesure 1 centimètres de longueur, 3 centimètres 5 de largeur et 2 centimètres 5 d'épaisseur. Son poids est de 97 grammes. Les lobules sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif et du tissu graisseux. A la coupe le tissu glandulaire se montre abondant et quelque peu rouge. Microscopiquement, les cellules du parenchyme ne sont sensiblement pas lésées. Le stroma est hypertrophié avec de larges capillaires et des petits vaisseaux.

Aucun épaississement des parois vasculaires. Dans le stroma se trouvent des foyers d'inflammation riches en petites cellules.

Observation de Fleiner, 1894. — Cette observation se rapporte à une femme de 57 ans, grande et forte, avec pannicule adipeux très développé. Les urines donnent la réaction du sucre fortement positive. La mort survient dons le coma.

Autopsie : Pancréas. L'examen préalable de cet organe fait voir une coloration gris-brun sale qui prend une disposition tachetée par suite de la présence de nombreux foyers blancs jaunâtres semblables à ceux que l'on retrouve dans le tissu adipeux.

Le pancréas est gros. Le tissu pancreatique sain ne se trouve plus en masses cohérentes que dans la tête de l'organe, dans les autres régions, le tissu glandulaire n'existe plus que sous forme de petits lobules disséminés.

Le canal de Wirsung se laisse facilement disséquer et sonder. Son orifice est assez large.

Dans tout son parcours en contact avec le pancréas, la veine splénique est remplie par un thrombus rouge, cassant, adhérent, qui obstrue en partie la lumière vasculaire.

Le tissu pancréatique adjacent à la veine splénique est complètement nécrosé. L'aspect multicolore de la coupe du pancréas résulte de la présence de parties grises, brunes, gangrénées, de la graisse normale envahissant l'organe, de la couleur blanc jaunâtre de la nécrose graisseuse et de la teinte blanche du tissu pancréatique.

Examen histologique. — A un premier examen des coupes du pancréas, au faible grossissement, on voit que sur une surface relativement grande, une faible partie de l'organe est encore capable de fonctionner, car les noyaux cellulaires ne se sont colorés que dans quelques lobules isolés. La plus grande partie du parenchyme présente l'aspect de la nécrose ischémique. La structure en est cependant encore reconnaissable. On peut encore distinguer le tissu conjonctif du parenchyme, les artères et les veines ; mais en général il se présente déjà en ces régions une nécrose du noyau, ce qui fait que les parties atteintes ont une coloration pâle et trouble mais assez uniforme.

Sur quelques lobules on constate des transitions entre les parties nécrosées, ou en voie de nécrose, et les parties encore capables de fonctionner.

Les régions toutefois où le parenchyme se colore ne doivent pas être considérées comme normales car les acini sont évidemment trop petits ; le tissu conjonctif interacineux est élargi. Les travées conjonctives interlobulaires sont très développées, et beaucoup plus riches en cellules qu'à l'ordinaire.

Çà et là on trouve des cellules pigmentées dans le tissu conjonctif ainsi que du pigment libre dans les replis et les fentes conjonctifs. (Pancréatite interstitielle chronique avec atrophie secondaire).

Il est incontestable que cette lésion est née du pourtour des vaisseaux et particulièrement des artères.

En 1904 paraissent successivement dans la presse médicale et dans la thèse de Mollaret les trois observations suivantes de Thoinet et Delamarre. (Nous extrayons ces observations à la thèse de Mollaret, p. 42 et suivantes) :

Observation I. — Homme 52 ans, représentant de commerce, alcoolique, obèse, albuminurique et diabétique.

Il meurt trois jours après son entrée à l'hôpital avec les symptômes surajoutés de congestion pulmonaire et de dilatation cardiaque.

Son pancréas présente à l'œil nu de notables altérations ; hémorragies, nécrose, sclérose. On y voit de vastes et profondes ecchymoses superficielles et des nodules blanchâtres de la grosseur d'un grain de millet. Ces nodules qui répondent à des zones nécrotiques ne contiennent ni cristaux, ni cholestérine, ni matière calcifiée.

Vu au microscope, ce pancréas présente en plus une infiltration graisseuse abondante et des signes certains d'une sclérose intense péricanaliculaire et périvasculaire.

En dehors de ces altérations, en des points exempts de toute auto-digestion, il est facile de constater l'intégrité parfaite des acini. Les îlots sont conservés et sont en général aussi volumineux et aussi nombreux qu'à l'état normal. Quelques-uns même ont atteint un volume plus considérable.

Ils ne présentent généralement pas de sclérose, quelques uns cependant présentent des lésions non douteuses. Celles-ci restent le plus souvent limitées à quelques éléments, mais parfois elles atteignent presque toutes les cellules d'un îlot. On trouve alors des éléments dépourvus de noyaux, à protoplasma hypercolorable et homogène, à noyaux hyperchromatiques et sans détails de structure.

Observation II. — Femme 65 ans, obèse, glycosurique depuis deux ans. Meurt à l'hôpital d'hémorragie cérébrale.

Macroscopiquement le pancréas présente quelques hémorragies et une grande quantité de tissu graisseux péri et intra-pancréatique.

Histologiquement, le tissu conjonctif périlobulaire est épaissi et surtout infiltré d'une énorme quantité de graisse. Sur des coupes où le xylol a dissous la graisse en même temps que la paraffine, ce parenchyme, avec ses nombreux espaces clairs présente l'aspect d'une feuille dont les nervures et ramifications auraient presque seules subsisté, le reste ayant été dévoré par des insectes. On observe en outre les signes d'une congestion assez intense. Quant aux îlots, ils ne sont nullement sclérosés, leur nombre est

normal, il en est de même de leur volume. Leurs cellules sont presque toutes normales.

Observation III. — Femme 73 ans. Polyurie, glycosurie, polyphagie, polydypsie. Pancréas : Macroscopiquement, rien de particulier à signaler. Histologiquement, pas d'envahissement graisseux, mais une sclérose intense périvasculaire, et péricanaliculaire. Cette sclérose est d'une façon générale assez peu marquée autour des îlots de Langerhans.

Les îlots sont normaux en nombre et en volume, leurs cellules intactes quant au noyau et au protoplasma. Les acini sont normaux. On y observe ces cellules centroacineuses.

A ces observations nous pouvons ajouter la suivante qui nous est personnelle, et que nous avons décrite plus longuement dans un autre travail (1).

Il s'agit d'une femme de 73 ans (obèse) amenée à l'hôpital dans le coma. L'analyse des urines donne : albumine 0.75 centigrammes. Sucre 33 grammes. Urée 10 grammes. Phosphate, 1 gr. 75. On ne trouve pas trace d'acétone. La malade meurt dans la nuit du 23 au 24 décembre 1904. L'autopsie fut faite le 25. Du protocole de cette dernière nous ne donnons ici que ce qui concerne le pancréas.

Cet organe est enfoui au milieu d'une masse graisseuse très développée qui paraît se confondre avec lui. Son poids est de 90 gr. Sa longueur totale est de 28 centimètres. Sa largeur prise verticalement est de 3 à 4 cent. au niveau de la queue et du corps, de 8 cent. à la tête.

Le pancréas a l'aspect d'un long ruban aplati, de coloration jaunâtre graisseuse, sauf en quelques points très limités où il offre une teinte rougeâtre. La consistance est ferme. La lobulation peu marquée est uniforme, on ne voit aucune trace de dilatation kystique à l'œil nu. Le canal de Wirsung ne contient aucun calcul, mais est comblé par un véritable magma muqueux.

A la coupe on est frappé par l'énorme envahissement de la graisse qui parfois s'est presque totalement substituée au parenchyme pancréatique. Tout le pancréas est entouré par une véritable atmosphère graisseuse, si bien que dans certains points il ne reste plus que le tiers du tissu propre. Cet envahissement est surtout évident au niveau de la tête où il existe pour ainsi dire qu'une très légère bande d'éléments acineux, le reste étant occupé par de la graisse.

Les canaux excréteurs sont béants, rigides, la mésentérique atteinte d'athérome très avancé forme un véritable cordon calcifié.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Nous comprendrons dans une description d'ensemble les diverses régions du pancréas car, sauf quelques exceptions dont nous signalerons la localisation, on retrouve les mêmes altérations dans toute l'étendue de l'organe.

Nous étudierons successivement : 1° Le stroma conjonctif ; 2° Le parenchyme glandulaire, y compris les îlots.

A la coupe on constate que l'atmosphère cellulo-graisseuse, énormément hypertrophiée, que nous avons décrite à l'examen macroscopique de l'organe, ne se borne pas seulement à constituer une enveloppe externe, mais qu'elle pénètre en toutes parties dans le parenchyme et même dans certaines régions, finit par s'y substituer.

(1) Nous renvoyons à notre thèse, 20 juin 1905, pour les détails complémentaires. Cette observation fut recueillie dans le service de M. le Professeur Combemale.

Si l'on recherche par quelle voie s'est faite cette pénétration adipeuse, on constate que c'est précisément par celle de la sclérose que nous allons décrire.

Sclérose. — La sclérose est extrêmement développée dans tout le pancréas, toutefois sa constitution varie quelque peu suivant les régions.

Dans des points, dans la queue, par exemple, la lobulation est encore apparente et de grandes fentes interlobulaires sont occupées par du tissu conjonctif assez lâche, légèrement dissocié dans lequel s'alignent les vésicules adipeuses. Au contraire, en des régions du corps ou de la tête (principalement) la segmentation en lobule est presque effacée par la condensation considérable du tissu conjonctif interlobulaire dont l'abondance donne à l'organe une texture plus cohérente.

En effet, se présentant sous l'aspect de traînées conjonctives d'une largeur variant entre 55 μ et 440 μ, la sclérose se dirige d'un vaisseau vers un vaisseau voisin, d'un canal excréteur vers un canal proche et forme ainsi des travées de dimensions très variables qui, se réunissant entre elles, circonscrivent des territoires plus ou moins développés.

Dans certaines tranches, cette augmentation du tissu conjonctif respecte encore la répartition en lobules et lobulins, mais ces endroits sont rares. Presque partout des éperons conjonctifs d'une épaisseur de 30 μ à 60 μ, s'enfoncent dans l'intérieur du tissu acineux, s'épaississent, se rejoignent, englobant ainsi un nombre variable d'acini à tel point qu'il devient impossible de délimiter exactement les régions appartenant au tissu conjonctif périlobulaire, ou interacineux.

L'infiltration du tissu conjonctif se limite presque toujours à des groupes de plusieurs tubes glandulaires, parfois cependant un seul acinus est complètement cerclé de fibres et fibrilles conjonctives, en un mot la sclérose est ordinairement pluriacineuse et tout au plus monoacineuse, mais jamais à aspect monocellulaire.

De plus le tissu conjonctif augmente de développement à mesure que l'on se rapproche de l'extrémité céphalique. Dans toute la tête, en effet, la sclérose forme de larges bandes parallèles ayant perdu toute disposition périlobulaire et contenant dans ses alvéoles des fragments de lobulins. En ces endroits le tissu conjonctif a pris l'aspect d'un véritable tissu fibreux.

Ces dispositions contribuent à donner au pancréas un aspect très morcelé, et c'est ainsi qu'il existe de très larges plaques de 300 μ à 500 μ de diamètre dans lesquelles se retrouvent des groupes d'acini, tantôt pelotonnés en petits îlots, tantôt disséminés au hasard.

Tout ce système de sclérose que nous venons de décrire se montre infiltré à des degrés variables de grosses vésicules adipeuses. On peut se convaincre aisément que celles-ci viennent de la couche adipeuse péripancréatique.

Elles s'insinuent dans l'organe le long des grandes travées fibro-vasculaires et finissent même par pénétrer en plein tissu acineux. Il résulte de là que l'on retrouve en beaucoup de points une ou deux grosses vésicules adipeuses refoulant les acini voisins et s'intercalant entre eux, ce qui pourrait faire croire à une transformation graisseuse du tube sécréteur lui-même. D'autant plus que les cellules de celui-ci sont en état de dégénérescence graisseuse évidente.

Mais il est facile de s'assurer que ces aspects sont dus à des coupes tangentielles de groupes de grosses vésicules adipeuses logées dans une travée fibreuse bien développée et située dans un plan différent de celui de la coupe.

Nous rappellerons ici que cet envahissement graisseux atteint dans la tête des proportions considérables. La graisse remplace ici près de la moitié du parenchyme.

Tout ce tissu scléreux est le siège d'une riche vascularisation. Non seulement on y rencontre des vaisseaux de 230 μ à 350 μ, en assez grande quantité, mais il s'y trouve en grand nombre des petits capillaires d'un diamètre de 11 μ ; 22 μ ; 30 μ ; disséminés au hasard à travers le tissu conjonctif.

Celui-ci dans tous les points que nous venons de décrire est en général assez riche en cellules ; on y trouve des noyaux fusiformes de corps fibroplastiques disposés le long des fibres ainsi que des grandes cellules irrégulières, polygonales où arrondies, ayant encore les caractères d'éléments fixes du conjonctif. Ceux-ci sont disséminés de tous côtés. On ne trouve pas de foyer d'infiltration leucocytaire aiguë si ce n'est en quelques points rares à proximité directe de vaisseaux assez volumineux. En somme nous avons dans le présent pancréas une lésion présentant exactement le type de la sclérose interlobulaire et interacineuse décrite par Opie.

Canaux excréteurs. — Bien que logés au milieu de la sclérose les canaux excréteurs sont facilement reconnaissables par leurs grandes dimensions et leur contenu formé de débris épithéliaux.

Presque tous (canaux interacineux comme extra-lobulaires) sont dilatés, leurs parois sont distendues et tout à fait circulaires. Leur lumière offrant un diamètre double ou triple de la normale, est obstruée par une substance mucoïde dans laquelle se trouve incluse une grande quantité de cellules épithéliales desquamées. Celles-ci dans les rares points où elles adhèrent encore aux membranes basales ont perdu leur forme cylindrique pour devenir cubique et même ne sont plus représentés que par un petit épithélium bas dont le protoplasme est parsemé de globules de graisse.

Certains canaux sont considérablement dilatés, ils ont perdu leur forme cylindrique et se présentent sous l'aspect d'une série d'ampoules s'abouchant les unes dans les autres et donnant naissance par toute une série de transitions à de véritables kystes.

Ceux-ci se rencontrent dans presque toutes les régions mais pourtant semblent plus développés au niveau de la queue.

Leur épithélium est analogue à celui des canaux.

A côté de ses canaux excréteurs très dilatés il s'en trouve d'autres atrophiés et même complètement oblitérés.

On voit dans ce cas tout un territoire du pancréas uniquement constitué par un tissu fibreux et quelques îlots de Langerhans malades.

Tout autour du nodule conjonctif, se trouvent des vaisseaux de toutes grandeurs très dilatés et gorgés de sang. Vers l'intérieur le tissu devient de plus en plus dense, les fibres épaisses sont serrées les unes contre les autres. Par places, il y a encore quelques rares petits vaisseaux, mais il n'existe plus d'acinus. A la partie tout à fait centrale de la masse fibreuse et surtout si on examine un certain nombre de coupes repérées, on voit un canal excréteur parfois muni d'une fine lumière. Mais le plus souvent cette lumière est comblée par une masse conjonctive d'aspect hyalin se colorant fortement en jaune par l'acide picrique.

Près des canaux excréteurs, on trouve d'autres canalicules qui diffèrent des premiers par certains caractères. Au milieu des nappes de sclérose des petits groupes de tubes se montrent coupés en tout sens. Ils ont un diamètre de 30 μ environ et sont constitués par une seule rangée de cellules reposant sur une membrane basale très évidente.

Leur épithélium est très clair, cubique, à noyau basal. Leur lumière est en général vide, ne renfermant ni matière muqueuse ni bouchons épithéliaux comme on le voit d'ordinaire dans les conduits excréteurs proprement dits.

Ce qui donne surtout à ces conduits un aspect particulier, c'est qu'ils sont constamment en nombre de 12 à 15 rassemblées en petits pelotons entourés de fibrilles conjonctives à disposition concentrique.

Certains de ces tubes se réduisent à de si petits calibres, leur lumière devient si étroite, qu'ils finissent par ressembler singulièrement à de véritables acini glandulaires et se confondraient facilement avec eux si ce n'était la persistance de l'état clair de leur épithélium.

Ces productions sont intéressantes, car elles rappellent avec une exactitude parfaite les formations glandulaires néoformées à la suite de la ligature des produits pancréatiques, et décrite par Gontier de la Roche dans sa thèse inaugurale. Cet auteur les considère « comme n'étant autre chose que des sortes de tubes pancréatiques de nouvelle formation et analogues aux tubes primitifs auxquels ils ressemblent étonnamment d'ailleurs. »

Cellules glandulaires acineuses. — Les cellules des acini sont généralement en place et ont conservé leur forme

normale. Leur protoplasma abondant et leur noyau prennent encore leur coloration élective. Toutefois il existe des endroits, notamment au niveau du corps et de la tête, où l'on observe des lésions de nécrose. Celle ci se dispose souvent mais pas exclusivement sous forme de régions plus sombres situées au voisinage du canal central des lobulins. En ces points, le protoplasma est trouble, sa coloration moins vive, le noyau prend mal le colorant, les cellules ont une tendance à se détacher de la membrane basale de l'acinus.

Ces altérations ne nous paraissent pas cadavériques. Elles sont en effet disposées par petites plages au milieu d'un tissu acineux encore bien conservé et ne siègent jamais à la périphérie des lobules et des lobulins. Il n'est pas rare en effet de voir ces régions altérées entourées par des zones intactes qui viennent border les espaces interlobulaires. La dissémination des lésions, leur isolement plaident en faveur de leur nature pathologique.

Il faut noter aussi la dégénérescence graisseuse de la cellule acineuse.

Sur des coupes au Flemming, on trouve dans beaucoup de régions des cellules remplies de petites granulations graisseuses de coloration noire. Celles-ci peuvent remplir la cellule, jusqu'à en cacher le noyau, et forment quelquefois un détritus granuleux qui remplit la partie centrale de l'acinus. Ces zones de dégénérescence graisseuse paraissent surtout plus développées dans les endroits où se fait l'infiltration des grosses vésicules adipeuses le long des travées de sclérose. Les cellules centro-acineuses n'offrent ici rien de particulier et sont en nombre normal.

Ilots de Langerhans. — *Examen histologique.* — La sclérose n'aboutit pas ordinairement à la formation d'une capsule. Toutefois celle-ci apparaît lorsque l'îlot se trouve par hasard être tangent à une ou plusieurs grosses travées de sclérose. Il peut alors se développer une formation capsulaire partielle ou totale.

On trouve de plus à l'intérieur de l'îlot des masses hyalines péri-vasculaires. Cette dégénérescence hyaline se rencontre particulièrement dans la queue du pancréas où elle est très fréquente (presque chaque îlot) atteignant parfois le 1/3 ou la 1/2 de la surface de celui-ci. Il faut encore noter qu'en quelques points, on constate des hémorragies intrainsulaires. Elles sont centrales et directement péricapillaires ; ou latérales, se formant alors le long du point de pénétration du vaisseau.

Dégénérescence graisseuse. Celle-ci, beaucoup plus importante que toutes les autres, est surtout remarquable par sa généralité. Elle atteint presque tous les îlots et surtout les plus volumineux.

Sur des coupes au Flemming, ceux-ci sont immédiatement reconnaissables par leur coloration plus noire qui se détache sur le parenchyme acineux environnant, les noyaux sont comme perdus au milieu d'une fine poussière brune, formée de grains de diverses grandeurs et juxtaposés les uns aux autres dans toute la surface de l'îlot.

Il existe en somme une dégénérescence graisseuse, finement granuleuse, qui va même jusqu'à la désintégration complète du protoplasma. On constate également dans les cellules insulaires les formes en anneau décrites par Stangl sous le nom de (Ringformen).

Il est à noter cependant que l'on rencontre de très petits îlots d'environ 50 μ de diamètre paraissant être totalement dépourvus de graisse et se montrant à peu près normaux.

Mais ces formes sont très rares et il faut les chercher avec grande attention.

A côté de ces îlots répartis au milieu du parenchyme pancréatique, il en est d'autres qui se retrouvent disséminés dans l'intérieur de l'atmosphère scléro-graisseuse qui entoure les lobules du pancréas.

Ils sont perdus dans ces régions où il ne reste plus que de grandes nappes de tissu graisseux ou de grandes travées conjonctives. Là même où on ne peut plus constater aucun acinus.

Les grands diamètres de ces îlots varient entre 132 et même 154 μ ; d'autres, beaucoup plus petits, n'atteignent que 44 μ, 55 μ, 66 μ.

Ils restent ordinairement au voisinage d'un petit vaisseau sanguin et paraissent réellement indépendants au milieu du tissu graisseux, loin de tout lobule pancréatique graisseux. Nous avons pu d'ailleurs nous assurer de ce fait sur des coupes sériées où il nous était permis de les voir apparaître et disparaître sans qu'ils se rattachassent à aucune parcelle glandulaire acineuse.

Toutefois, bien que moins graisseux peut-être que les îlots contenus dans l'intérieur du parenchyme pancréatique, ils apparaissent cependant imprégnés de nombreuses petites gouttelettes de graisse. D'ailleurs, comme on peut le voir chez certains d'entre eux, le tissu adipeux périphérique ne tarde pas à les étouffer.

Il nous reste maintenant à étudier une disposition toute particulière que l'on ne trouve que dans certaines régions très circonscrites de la queue.

Il s'agit d'une agglomération d'îlots qui se groupent au milieu de larges plaques conjonctives où l'on ne rencontre plus que des vaisseaux, des conduits excréteurs de dimensions variables, et des pelotons de tubes indifférents. Le parenchyme se réduit en ces points à quelques acini isolés et disséminés sans ordre apparent. Ces gros îlots groupés au nombre de 7 à 10 présentent des dimensions considérables ; ils atteignent dans leurs plus grands diamètres perpendiculaires de $\frac{198\ \mu}{165\ \mu}$ à $\frac{605\ \mu}{230\ \mu}$

Il y a donc ici en même temps qu'une condensation des

îlots dans un champ restreint une véritable hypertrophie de ceux-ci. Mais il ne faut pas oublier qu'ici comme partout ailleurs les cellules se montrent atteintes de dégénérescence graisseuse parfois très avancée, tandis qu'autour des capillaires se présentent des formations hyalines.

Ces îlots, bien qu'hypertrophiés, sont donc pathologiques et bien sûrement insuffisants au point de vue fonctionnel.

Si l'on considère dans leur ensemble ces petites régions fortement sclérosées ne contenant plus que quelques vaisseaux et quelques groupes d'îlots tels que nous venons de décrire, on peut comparer ces parcelles de tissu à des sortes de petites glandes dans lesquelles l'élément endocrine seul conservé se montre en relation intime avec ses voies vasculaires. Ces dispositions sont à rapprocher des cas de M. LANCEREAUX où pareille disposition fut signalée par M. le professeur LAGUESSE qui fit l'examen histologique.

Il faut également les rapprocher des altérations consécutives à la ligature du conduit de Wirsung et qui furent signalées par SCHULTZE, SSOBOLEW, GONTIER, etc. Ces différents auteurs décrivent en effet la persistance exclusive et l'hypertrophie de l'élément endocrine au milieu de l'effondrement du parenchyme exocrine.

Il nous reste à signaler un des points les plus délicats de cette étude histologique. Nous voulons parler de certains groupements cellulaires que M. le professeur LAGUESSE a décrits dans le pancréas normal, et qu'il considère soit comme des formes représentant la transformation d'acini en îlots, ou inversement d'îlots en acini. Il désigne ces aspects sous le nom de « formes de transition. »

Ces formes existent incontestablement dans le cas présent.

Elles se rencontrent tantôt sous l'apparence d'îlots présentant à leur périphérie des groupes de cellules devenant plus foncées et plus petites ; tant sous l'aspect d'acini se disposant autour d'un capillaire, perdant leur lumière glandulaire et tendant à s'isoler en formations qui n'ont pas encore tous les caractères insulaires et qui déjà ne sont plus des simples acini sécrétants.

Ces formes de reconstitution et de déconstruction acineuses se trouvent particulièrement dans les régions de la queue et du corps.

Telles sont, à notre connaissance, les observations de diabétiques gras dans lesquelles on a étudié l'état du pancréas.

Résumons maintenant les lésions relatées dans ces treize observations.

Nous voyons que macroscopiquement le pancréas est parfois atrophié, ne pésant plus que 50 grammes. Sa consistance est dure, sa surface parsemée d'hémorragies, de points de nécrose. Des travées scléreuses sillonnent l'organe qui, par ce fait, perd son aspect lobulé. Souvent il se forme une infiltration graisseuse péri et intrapancréatique qui, plus ou moins développée suivant les cas, arrive en certaines régions à se substituer au parenchyme glandulaire.

Microscopiquement il existe une augmentation du tissu conjonctif se traduisant par une sclérose péricanaliculaire, périvasculaire et périacineuse. A celle-ci s'ajoutent des altérations canaliculaires (oblitérations, ou ectasies), des altérations acineuses (nécrose et dégénérescence graisseuse), enfin des altérations insulaires telles que la dégénérescence graisseuse et hyaline, les hémorragies, une sclérose intra et surtout périinsulaire.

Si nous comparons ces diverses lésions à celles que l'on observe dans le diabète maigre d'origine nettement pancréatique nous voyons que toutes les altérations décrites dans le diabète gras se retrouvent dans le diabète maigre.

Et si parmi ces lésions il en est de nombreuses (telles que la sclérose péri et intra lobulaires, les altérations canaliculaires, et acineuses) que l'on puisse rencontrer dans de pancréas pathologiques non-diabétiques,il existe par contre dans le pancréas de certains diabétiques gras (notre cas personnel le montre) des altérations insulaires analogues en tout points à celles décrites comme engendrant le diabète maigre.

En plus de ces altérations insulaires des pancréas des diabétiques nous devons encore signaler la tendance considérablement exagérée par places à la transformation du parenchyme sécréteur exocrine en parenchyme sécréteur endocrine. (Fait que nous avons depuis rencontré dans un cas de diabète maigre).

Cette surabondance des formes de transition acino-insulaires et insulo-aciniques que nous avons signalée dans notre communication à la Société de Biologie, et dans un autre cas au Congrès de Liège 1905. Le fait paradoxal en apparence de l'hypertrophie même en quelques points du tissu insulaire a été expliqué dans notre thèse. Nous rappellerons simplement que ces îlots hypertrophiés étaient tous pathologiques.

Que conclure maintenant de l'ensemble de ces faits.

Faut-il admettre avec BAUMEL que tout diabète est causé par une altération du pancréas. Ou faut-il conserver la division si nette émise par LANCEREAUX et ses élèves et devenue classique ?

Nous prendrons soin d'éliminer tout d'abord les diabètes purement nerveux ou liés à des troubles fonctionnels généraux dont l'existence semble-t-il ne peut être mise en doute aujourd'hui. Ceux-ci sans doute dans certaines circonstances peuvent présenter le syndrome du diabète gras. (Cette question d'ailleurs est loin d'être résolue).

Mais nous pensons que les différents cas que nous venons de rassembler montrent assez par eux-mêmes le

défaut d'une classification aussi rigoureuse en trois catégories strictement limitées.

Il existe d'une façon indiscutable des cas de diabète gras liés à des lésions du pancréas et l'on ne doit plus réserver à la seule forme maigre la pathogénie pancréatique.

Est-ce à dire maintenant qu'il faille admettre que tout diabète est causé par l'altération du pancréas.

Cette conclusion dépasserait de beaucoup les faits.

Rien ne prouve que certains diabètes fonctionnels ne puissent adopter la forme grasse. Mais inversement si tous les diabètes gras ne sont pas d'origine pancréatique, certains diabètes pancréatiques peuvent incontestablement évoluer avec le type clinique du diabète gras.

C'est, croyons-nous, ce qui ressort nettement des observations que nous venons de relater.

BIBLIOGRAPHIE

BAUMEL. — *Montpellier Médical*, 1881-1882-1886.

BOUTARD. — Thèse, Paris, 1890, n° 62.

CURTIS et GELLÉ. — Société de Biologie, Paris, séances de juin 1905.

FLEINER. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, pp. 5 et 38, 1894.

GELLÉ. — Thèse. Lille, 1905.

GELLÉ et WÜZOLD. — Compte-rendus, Congrès de Liège, Sept. 1905.

GONTIER DE LA ROCHE. — Thèse. Lille, 1903.

HANSEMANN. — *Zeitschrift für Klin. Med.* Bd. 26, 1894.

LAGUESSE. — Compte-rendus Société de Biologie. Paris, 1893, 20 juin, 20 juillet 1894, octobre 1895, octobre 1905, 25 mars. *Journal de l'Anatomie*, 1896 ; *Echo Médical du Nord*, 1902 ; *Archives d'Anatomie microscopique*, 1902-1903.

LANCEREAUX. — Bulletin Académie de Médecine, 1877, pp. 12-15 ; 1888, pp. 588 et 1904.

LAPIERRE. — Thèse. Paris, 1879.

MOLLARET. — Thèse. Paris, 1904, n° 198.

THOINOT et DELAMARE. — *Presse Médicale*, 1904.

SCHULTZE. — *Arch. für mik. Anat.* Bd. 56, 1900, p. 491.

SSOBOLEW. — *Wirchow's. Archiv.* Bd. 108, 1900, et *Centralblatt. f. allg. Pathol. und Pathol. Anat.*, 1900.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Février 1906 (*suite*)

Présidence de M. NOQUET, président.

Torsion axiale d'un utérus fibromateux

MM. **Druchert** et **Leroy** lisent une observation de torsion axiale d'un utérus porteur d'un volumineux fibromyome.

Cette observation *sera publiée in-extenso.*

M. **Oui** désire voir préciser les rapports du fond de l'utérus et de la tumeur qui lui paraît être une tumeur utérine et non une tumeur de l'ovaire.

Difficultés de la trachéotomie dans la compression et coudure de la trachée par cancer du corps thyroïde Photographie et radiographie

MM. **Gaudier** et **Bernard** rendent compte d'une observation intéressante qui *sera publiée in-extenso.*

Prostatectomie transvésicale

M. **Carlier** présente à la Société une série de prostates qu'il a enlevées par la voie transvésicale, suivant la méthode du chirurgien anglais FREYER. Les résultats de cette opération sont bien supérieurs à ceux que donne la prostatectomie périnéale. Elle n'expose ni à l'incontinence, ni à la blessure du rectum, ni à une récidive. La technique en est simple. M. CARLIER croit que la prostatectomie périnéale est appelée à ne plus vivre que des contre-indications de la prostatectomie transvésicale.

Les méfaits du taxis forcé

MM. **Debeyre** et **Arquembourg**. — *Est publié dans le présent numéro.*

Séance du 23 Février 1906

Présidence de M. NOQUET, président.

Etude sur les lésions pancréatiques signalées au cours du diabète gras

M. **Gellé** lit un travail dont le texte *est publié in-extenso dans le présent numéro.*

Danger de l'ingestion de bacilles tuberculeux tués par la chaleur

M. **Breton** lit, au nom de M. **Calmette** et au sien, une note dont le texte *a été publié dans un précédent numéro.*

Fracture compliquée du fémur. Consolidation vicieuse.

M. **Verhaeghe**. — J'ai l'honneur de présenter une pièce provenant d'une amputation pratiquée le 9 février dans le service de M. le Pr DUBAR. Il s'agit d'un mineur qui le 9 octobre 1905 eut la cuisse droite fracturée entre une plate forme et une cage ascenseur. Il y eut fracture comminutive et compliquée avec saillie à l'extérieur du segment osseux supérieur. Après l'accident on réduisit et on sutura la peau. En moins de huit jours éclata un formidable phlegmon occupant toute la cuisse, avec nouvelle exubérance du fragment. Ce dernier fut scié. Le docteur POTEL appelé, fit de larges débridements. Le blessé était à ce moment trop infecté pour supporter l'amputation. Au milieu de janvier il fut amené à Lille, où il entre dans le service le 23 janvier. La cuisse droite est élargie et a la forme d'un trapèze dont le grand côté serait externe et convexe en dehors, le petit étant interne et concave en dedans.

La partie inférieure de la cuisse et la jambe sont en rotation externe. Le raccourcissement égale au moins 15 centimètres. Le bout inférieur du fragment supérieur est visible

à la région antéro-externe. La cuisse est parsemée de fistules suppurantes conduisant à des points nécrosés. Plus de mobilité anormale, la cuisse est solidaire de la jambe dans ses mouvements imprimés à celle-ci; le 31 janvier la température jusque là normale monte à 40° brusquement puis décrit de grandes oscillations. Le 6 février l'amputation est décidée. La gravité des lésions, l'état du fragment supérieur, l'état général assez médiocre du sujet font rejeter l'hypothèse de conservation. Le 9 février, le docteur LEROY, chef de clinique, ampute la cuisse sous le petit trochanter, en circonscrivant deux lambeaux, antérieur et postérieur ; le couteau rencontre des tissus infiltrés. Un large drainage est assuré. Les suites opératoires ont été normales, à part un petit point de sphacèle au lambeau postérieur.

L'examen de la pièce squelettique montre que la fracture a été multiple. Il s'en est fait une à la partie moyenne du fémur ; dans cette fracture, le bout inférieur du fragment supérieur passait à travers la peau. Plus bas existe une deuxième fracture, oblique d'avant en arrière, occupant la région sus-condylienne. Ici, les condyles constituent le fragment inférieur, le supérieur consistant en une masse irrégulière, incurvée, multifragmentaire, qui réjoint la moitié supérieure de la diaphyse à 10 cent. au-dessus de son extrémité inférieure libre, et a sa partie latérale. La consolidation est parfaite en ce point, et deux jetées osseuses renforcent la soudure. La masse intermédiaire précitée décrit dans son ensemble une courbe à concavité externe; de plus, il a effectué avec le fragment condylien une rotation externe amenant la rotule directement en dehors. A l'union des fragments moyen et supérieur existe un séquestre éburné, non mobile, qui était une source de suppuration abondante. Les veines étaient saines autour du foyer, le genou l'était aussi. La disposition des parties osseuses explique l'importance du raccourcissement.

Cette pièce est intéressante au point de vue des lésions produites et surtout de leur évolution, au point de vue de la consolidation opérée dans une attitude étrange et dans des conditions très défavorables : une extrémité osseuse venant tomber presque à angle droit sur la diaphyse. Si l'on songe de plus que le pus avait parcouru ces foyers, on s'étonnera de la puissance de réparation manifestée chez le blessé. L'examen de la pièce montre en outre que l'amputation était la seule intervention possible en l'espèce, toute opération conservatrice aurait conduit à des difficultés insurmontables, aurait exigé des délabrements énormes pour un résultat bien hasardeux.

Corps étranger articulaire
L'utilité de la radiographie précédant immédiatement l'opération.

MM. **Arquembourg** et **Debeyre**. — X..., âgée de 6 ans, entre le 4 janvier 1906 dans le service de M. le professeur agrégé GAUDIER. Les parents nous apprennent que l'enfant s'est enfoncé une aiguille dans le genou ; une partie de ce corps étranger a pu être extraite sur le champ, mais on ignore s'il n'est pas resté dans l'articulation quelque fragment d'aiguille : les parents pensent que non.

Sous l'influence du repos au lit et de l'enveloppement humide, le gonflement disparaît ainsi que la douleur et le genou reprend bientôt un aspect normal. Mais après un mois de séjour à l'hôpital, l'enfant commence à faire quelques mouvements articulaires et presque aussitôt le gonflement reparaît : les culs-de-sac synoviaux sont distendus, toute l'articulation est douloureuse et légèrement rouge. La température s'élève. Nous nous décidons à faire radiographier le membre malade.

Sur une épreuve que nous remet M. le professeur CHARMEIL, on aperçoit un fragment d'aiguille de 1 cm. 1/2 de longueur, verticalement placé, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face externe de la jambe, à peu près à la hauteur de la tête du péroné, suivant une direction parallèle à la ligne d'incision pratiquée pour la ligature de la tibiale antérieure.

L'intervention est faite par M. le Dr DEBEYRE, quarante-huit heures après la radiographie ; on trouve le fragment d'aiguille au dessus de l'aponévrose jambière et à la hauteur précitée.

Seulement la direction du corps étranger avait varié complètement, l'aiguille s'était placée perpendiculairement à sa position primitive, et avait perforé la bourse séreuse prérotulienne dans laquelle pénétrait le chas, encore enfilé d'un bout de laine rouge.

Ce fait de déplacement rapide du corps étranger nous démontre une fois de plus la nécessité d'intervenir au moment même où l'on fait l'épreuve radioscopique.

M. **Charmeil** rappelle qu'il existe des tables d'opération permettant un contrôle radioscopique pendant l'intervention.

M. **J.Colle** cite un cas semblable à celui de MM. DEBEYRE et ARQUEMBOURG. Une aiguille fixée dans l'articulation du pouce se déplaçait transversalement ou longitudinalement suivant les mouvements de flexion et d'extension de la phalange.

M. **Potel** ajoute que la radiographie décèle souvent l'existence de corps étrangers méconnus.

M. **Dubar** pense que les corps étrangers de la main sont souvent des trouvailles de radiographie.

M. **Charmeil** cite, à l'appui de ce dire, la découverte d'une seconde aiguille, dont l'introduction était ignorée dans le cas présent.

(A suivre).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Parmi les distinctions honorifiques récemment décernées, nous relevons avec satisfaction la nomination, comme **officier d'académie**, de M. le docteur LAMAND, d'Haspres (Nord).

— Parmi les récentes affectations survenues dans le personnel du **corps de santé militaire**, nous relevons comme intéressant notre région la nomination au 145e d'infanterie, à Maubeuge, de M. le docteur LEGENDRE, aide-major de 1re classe.

SOUTENANCES DE THÈSE

M. A.-C.-J. BRASSEUR, d'Aniche (Nord), interne des hôpitaux de Lille, lauréat (*bis*) de la faculté, a soutenu avec succès, le lundi 5 mars 1906, sa thèse de doctorat (no 17), intitulée : **De la jéjunostomie et principalement de la jéjunostomie au cours de l'ulcère d'estomac en activité.**

— M. E.-J. VINCENT, de Neuville-Vitasse (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès le vendredi 9 mars 1906, sa thèse de doctorat (no 19), intitulée : **Les spasmes de la face.**

UNIVERSITÉS

Faculté de médecine de Paris.— M. le docteur BRINDEAU, agrégé, est chargé d'un cours de clinique obstétricale pendant la durée du congé accordé pour raison de santé à M. le professeur BUDIN.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. le docteur VALLAS, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe.

— M. le docteur BÉRARD, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale durant le congé accordé sur sa demande à M. le professeur PONCET.

— M. le docteur CHATIN est chargé d'un cours de clinique médicale durant le congé accordé sur sa demande à M. le professeur BONDET.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur PUECH, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchement.

— M. le docteur LAPEYRE, agrégé libre, est rappelé à l'exercice du 1er mars au 31 octobre 1906.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — M. le docteur JOUHAUD est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— M. le docteur CUBERTAFON est chargé d'un cours de pathologie interne.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur.— Ont été nommés *chevaliers* : MM. le docteur GRASSOT, de Riom (Puy-de-Dôme) ; BRUMPT et TURQUET, explorateurs ; GOURDON, de Paris.

Mérite agricole. — Ont été nommés *officiers* : MM. les docteurs d'ARSONVAL et BORDAS, de Paris ; *chevaliers* : MM. les docteurs HUGUES, d'Alger; ROBERT, médecin principal de 1re classe de l'armée, à Constantine ; GUILLET, de Paris ; RIVET, médecin-major, LEGRAND, de Montauban, (Tarn-et-Garonne), HÉBERT et VITALIEN, de Paris.

Instruction publique. — Ont été nommés *officiers d'Académie* : MM. les docteurs de DIETRICK, de Sidi-bel-Abbès (Oran) et VIALETTE, de Montargis (Loiret) ; ACQUAVIVA, de Marseille ; ODINET, de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs CHALLIER, de Saint-Pourçain (Allier) ; GIRIN, de Lyon ; BRILLAT-SAVARIN, de Bellay (Ain) ; CHAUDEBORDE, de Bordeaux (Gironde) ; CRANE, de Paris ; SPIRE, médecin-major de l'armée en retraite ; VERNET, médecin en chef de l'asile d'aliénés, de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ; RENÉ, agrégé de la faculté de médecine de Nancy, A. GÉLINEAU, d'Argelès Gazost (Hautes-Pyrénées).

BIBLIOGRAPHIE

L'acide formique et la force musculaire. — par le docteur CLÉMENT, médecin des hôpitaux de Lyon. Vigot frères Éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-18 jésus avec 21 figures.

Après l'historique de l'emploi de l'Acide formique dans le passé, l'auteur expose ses recherches expérimentales. On y trouve reproduits les tracés obtenus avec l'ergographe de Mosso et les détails des expériences, qui ont donné une consécration scientifique à la découverte de l'influence si remarquable que cet agent exerce sur la force et l'énergie musculaire.

L'ouvrage s'adresse aux médecins et aux gens du monde. Les médecins y trouveront les principaux résultats cliniques auxquels l'auteur est arrivé, les actions thérapeutiques sur la respiration et la circulation, sur le muscle vésical et celles si remarquables sur les maladies à tremblements, etc.

Les gens du monde y trouveront en outre des données intéressantes sur la force musculaire, sur le travail de l'homme, sur la fatigue.

Le docteur Clément consacre également un chapitre à l'étude du pouvoir énergetique du sucre et de l'alcool.

L'Acide formique a aussi un rôle social à remplir puisqu'il permet à l'homme de travailler sans fatigue. Ce rôle a inspiré au docteur Clément des pages émues, où il nous fait entrevoir le travailleur accomplissant sa tâche journalière sans lassitude, se résignant mieux à sa destinée, n'ayant plus à la bouche des paroles d'amertume et de malédiction contre la santé.

Il nous fait entrevoir aussi que l'ouvrier cessera l'usage de l'alcool puisqu'il n'aura plus à rechercher dans cette boisson fallacieuse, l'énergie qui lui manque.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 480. Dixième Année. N° 12. Le Numéro : 10 centimes 25 Mars 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de la Charité

Service de M. le professeur **Dubar**

Ovariotomie pour kyste dermoïde chez une femme enceinte de deux mois et demi

Par MM.

L. Dubar, professeur de clinique chirurgicale et **J. Drucbert,** ancien chef de clinique chirurgicale

OBSERVATION. — Madame Catherine L..., âgée de 25 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels notables, a été réglée pour la première fois vers l'âge de 13 ans et depuis lors a toujours été bien réglée. A l'âge de 19 ans, elle a eu un accouchement normal et à terme, l'enfant est vivant et bien portant.

En octobre 1903, la malade ressentit brusquement dans le côté droit une vive douleur qui disparut à la suite d'une application de sangsues ; après quelques jours de repos la malade put reprendre son travail ; en août 1904 une nouvelle crise se produisit mais les douleurs furent plus tenaces ; à ce moment on constata au niveau du flanc droit la présence d'une petite tumeur arrondie. A l'examen de l'abdomen on ne constate en janvier ni rougeur de la peau, ni œdème ; la tumeur ne fait pas de relief appréciable, la paroi abdominale étant très adipeuse. Si on palpe la fosse iliaque droite, ce qui détermine encore une légère douleur, on sent une tumeur de la grosseur d'un poing, assez profondément située, régulièrement arrondie et de consistance dure. Très mobile quand la paroi est relâchée, cette tumeur est mobile sous la peau, mais paraît se fixer quand on fait contracter les muscles de la paroi abdominale, ce qui tendrait à faire croire qu'elle est contenue dans la paroi ou qu'elle y adhère. Quand la malade est couchée à plat, la partie supérieure de la tumeur affleure une ligne horizontale qui partirait à trois centimètres au-dessous du rebord costal et passerait par le bord supérieur de l'ombilic. Le toucher vaginal ne donne aucune indication concernant cette tumeur, mais permet de constater que l'utérus est un peu gros ; la malade est enceinte de deux mois et demi ; les mouvements qu'on imprime à la tumeur ne sont pas transmis à l'utérus ; il n'y a aucune gêne de la miction, la malade est habituellement constipée.

Le palper est difficile à cause de l'épaisseur du tissu adipeux, et le diagnostic reste hésitant entre fibrome de la paroi abdominale, ou kyste de l'ovaire à long pédicule, ou encore fibrome utérin sous-péritonéal à pédicule long et mince.

La malade fut opérée par M. le professeur DUBAR le 29 janvier 1905. Laparotomie latérale au niveau même de la tumeur ; on ne rencontre rien dans l'épaisseur des muscles ; le péritoine étant ouvert, on trouve un petit kyste de l'ovaire sans aucune adhérence, avec un pédicule grêle et très long (22 centimètres). On sec-

tionne le pédicule après ligature et la paroi abdominale est refermée par trois étages de sutures.

Le kyste enlevé a la grosseur d'un poing ; la trompe est accolée le long de sa paroi, elle forme au kyste un pédicule mince et très long. A l'incision de la poche, il s'échappe un liquide huileux et jaunâtre qui se fige à l'air ; la paroi du kyste très épaisse porte de nombreux poils châtains, longs et fins ; on y trouve une plaque osseuse et une petite production rappelant l'aspect d'une dent canine. Le liquide contenu dans le kyste pesait 140 grammes.

La plaie guérit par première intention ; le soir même de l'opération et pendant les quatre jours qui suivirent on donna à la malade un quart de lavement laudanisé. Il n'y eut aucune menace d'avortement ; et quand la malade quitta l'hôpital 33 jours après l'opération, sa grossesse continuait normalement son évolution.

Etant donné que ce petit kyste avait un long pédicule, on peut, croyons-nous, attribuer à des accidents de torsion ou de tiraillement les deux crises de douleurs que la malade a présentées ; cette torsion ayant cessé en même temps que disparaissaient les douleurs car il n'en restait pas trace lors de l'opération. Mais ce qui est plus intéressant à signaler c'est que l'ovariotomie a été pratiquée, et sans inconvénients, au cours d'une grossesse au début.

Il arrive que des accidents menaçants obligent à enlever un kyste ovarique bien que la femme soit enceinte ; un kyste très volumineux, occupant toute la cavité abdominale, peut, par son volume, gêner le développement de l'utérus gravide ; ou bien la tumeur constituée par l'utérus, en venant s'ajouter à un kyste assez volumineux, peut gêner le jeu du diaphragme, déterminer des accès de dyspnée ou de palpitations, elle peut gêner la circulation dans les membres inférieurs, causer des œdèmes, des varices volumineuses.

Ce n'etait pas le cas chez notre malade, la tumeur était petite et n'avait pas de tendance à s'accroître rapidement, mais les deux crises, dues vraisemblablement à des torsions ou à des tiraillements du pédicule, faisaient courir à la malade le risque de lésions locales qui, s'accompagnant de réaction péritonéale parfois intense et surtout de phénomènes réflexes pouvaient mettre en jeu la contractilité utérine et interrompre la grossesse. Cela suffisait à justifier une intervention.

Les observations analogues permettaient-elles d'espérer un heureux résultat pour la mère et l'enfant ? Voici les renseignements fournis par les statistiques :

En 1881, HEIBERG, d'après les cas qu'il a rassemblés, obtient ce résultat :

	Mortalité des mères	des enfants
Expectation.	39,2 0/0	67 0/0
Ponction	22,5 0/0	37,5 0/0
Ovariotomie	15 0/0	50 0/0

Si l'on distingue les cas suivant l'âge de la grossesse on obtient :

	Mortalité des mères	des enfants
Ovariotomie dans les 5 premiers mois	10,4 0/0	17,9 0/0
» » 4 derniers mois	25 0/0	66,6 0/0

Déjà en 1886, on constate une amélioration dans les statistiques que nous fournit la thèse de RÉMY :

	Mortalité des mères	des enfants
Ovariotomie dans les 4 premiers mois	11 0/0	42,8 0/0
» » 5 derniers mois	12,5 0/0	42,5 0/0

En 1902, KNOLL a rassemblé dans sa thèse 42 cas postérieurs à 1886, avec trois insuccès, soit 7,5 0/0 de mortalité maternelle ; en rassemblant les statistiques des cas opérés par SPENCER WELLS, SCHRŒDER, LAWSON TAIT, OLSHAUSEN et ENGSTROM, il obtient 2 morts sur 48 cas, soit 4,16 0/0.

En novembre 1904, dans les Annales de gynécologie et d'obstétrique, AUDEBERT a réuni 241 cas avec 5 morts seulement, soit 2 0/0 de mortalité maternelle ; il n'y a eu avortement que dans 20 0/0 des cas ; or, d'après l'auteur en cas de non-intervention l'avortement se produit dans 23 0/0 des cas, l'ovariotomie paraît donc le moyen le meilleur de sauvegarder la vie de l'enfant. Il est cependant d'avis qu'à moins de grossesse au début, il vaut mieux temporiser en surveillant bien la malade, chercher à opérer le plus tard possible pour donner le plus de chance de survie à l'enfant si l'opération provoque un accouchement prématuré.

Plus récemment, à la Société de médecine de Nuremberg, PLATEAU a réuni tous les cas publiés depuis 1890 ; ces 290 cas d'ovariotomie n'ont donné que 52 avortements, soit 18 0/0. A la lecture des observations on trouve des cas où l'avortement était fatal même si on n'avait pas opéré ; on remarque encore 17 cas où le kyste a été enlevé par la voie vaginale, ce qui provoque beaucoup plus facilement l'avortement, qui s'est produit du reste 7 fois, soit 41 0/0. La statistique expurgée ne comporte que 237 cas avec 17 avortements soit 7 0/0. Les 9 cas personnels de PLATEAU lui ont donné neuf accouchements à terme, avec enfants vivants, aussi conseille-t-il vivement l'intervention. Nous croyons que pour des tumeurs peu volumineuses, et assez haut

situées comme celle dont il s'agissait dans notre cas l'ablation doit être préconisée, car elle n'est guère susceptible, en raison de leur éloignement de l'utérus, de provoquer un avortement.

Les affections oculaires contagieuses dans les crèches et les écoles publiques

Projet de création d'infirmeries scolaires

par le docteur **Georges Gérard**
agrégé, oculiste-consultant à l'Hospice-Général

I

Les écoles sont, au point de vue hygiénique, des centres de propagation des maladies générales et de certaines maladies locales, au premier rang desquelles il faut placer les affections oculaires contagieuses. Envisagées de cette façon, il est cependant légitime de les diviser en deux grandes catégories qui comprennent : 1° les lycées, collèges, les établissements d'enseignement secondaire ou spécial ; 2° les crèches et asiles, les écoles maternelles et primaires.

1° La première catégorie — lycées, collèges, instituts divers, écoles d'enseignement professionnel, écoles spéciales, etc., — contient une population scolaire recrutée surtout dans les classes moyennes de la société : l'hygiène des enfants ou des jeunes gens est une des préoccupations constantes, soit, s'il s'agit des élèves externes, des parents eux-mêmes, soit, s'il s'agit des élèves internes, du directeur de l'école, proviseur, principal, etc., qui remplace les parents et assume la responsabilité de veiller à la santé de l'enfant et à l'hygiène générale de l'établissement qu'il dirige.

De ce fait les mesures prises à temps par le ou les médecins de l'établissement circonscrivent toute épidémie et empêchent de même la dissémination des affections oculaires par l'isolement du contagieux, dans sa famille ou dans une infirmerie.

Nous n'aurons plus à nous occuper de cette première catégorie.

2° La seconde catégorie — crèches, asiles, écoles maternelles, écoles primaires, etc. — est loin d'être privilégiée comme la première. Elle renferme obligatoirement tous les enfants de la classe ouvrière et ceux de la classe bourgeoise, dont les parents sont trop peu fortunés pour payer, pendant plusieurs années, des frais de classe, de fournitures, etc. Elle comprend encore toute la série des enfants assistés ou abandonnés qui, restant à la charge de l'assistance publique, séjournent pendant un temps variable dans les crèches avant d'être placés.

a) **Dans les crèches**, les affections conjonctivales existent à l'état endémique.

Je puis parler surtout de la crèche de l'Hospice-Général que je connais bien : Elle contient habituellement de 35 à 40 enfants (la plupart ont moins de trois ans), qui reçoivent les soins d'un personnel très dévoué mais insuffisant (1). On y rencontre toujours de la *conjonctivite aiguë contagieuse* ; il ne se passe pas de semaine que je ne sois appelé à en constater un nouveau cas. De temps à autre éclate une épidémie. En mai 1905, j'en ai suivi une qui a duré deux mois, frappant successivement 26 enfants et 2 infirmières du service.

Etant donnée la disposition des pièces de la crèche, et l'exiguïté de l'unique salle d'isolement, il est impossible de limiter une épidémie de cette nature : chacun des enfants a bien ses objets particuliers, verre, éponge, etc. Mais on ne peut éviter leur promiscuité incessante. Ces bébés vont de l'un à l'autre et transmettent par les doigts les microbes dont sont chargés leurs yeux et leurs vêtements ; c'est une contagion de tous les instants.

Par contre, toute épidémie d'ophtalmie purulente a pu être évitée par l'isolement immédiat et rigoureux des nouveau-nés arrivant du dehors avec du pus dans les yeux. Il y a cependant à redouter la contagion possible par la sœur qui donne une grande partie de son temps au petit isolé, mais doit malgré tout conserver la direction générale de la crèche et se retrouve à tout instant de la journée en contact avec les autres enfants.

b) **Dans les écoles primaires**, les affections des membranes externes sont assez fréquentes.

Les écoles maternelles et primaires renferment les enfants des classes pauvres ; mais ici encore, il faut faire une distinction entre les différents quartiers de Lille et noter combien les soins donnés aux enfants (propreté des mains et du visage, correction des vêtements, etc.), varient d'une école à une autre école : dans les quartiers très populeux, les écoliers sont plus négligés et portent les traces de l'abandon dans lequel

(1) La crèche est dirigée par une sœur qui *doit avoir* sous ses ordres six infirmières ; ce nombre n'est jamais atteint ; il n'y a, à la crèche, que trois ou quatre servantes, rarement cinq, à cause de la difficulté du recrutement.

les laissent forcément des parents misérables et chargés de famille. Il faut également remarquer que, généralement, les petites filles sont mieux entretenues et plus soucieuses de la propreté que les garçons.

Cette question de milieu a son importance ; et il est regrettable que dans le bulletin annuel de l'Office sanitaire, il n'existe aucune statistique établissant la relation entre les écoles, envisagées par quartiers, et les affections générales ou locales qu'on y observe.

Dans chacune des écoles — maternelles ou primaires de Lille, la surveillance médicale et hygiénique est assurée par des médecins de l'Etat-Civil. Chacun des médecins-inspecteurs doit visiter deux fois par mois les écoles de la circonscription dont il est chargé (1), vérifier l'aération, la propreté des classes, des cours, des corridors, etc., signaler les épidémies à l'Office sanitaire, provoquer dans ce cas les mesures à prendre. Il doit en outre et surtout procéder à l'examen individuel des élèves atteints d'affections de la peau ou des yeux.

L'intervention du médecin est importante dans les affections oculaires contagieuses. « Lorsqu'un enfant atteint de conjonctivite aiguë contagieuse continue à fréquenter l'école, on ne tarde pas à voir d'autres cas se déclarer. Les enfants communiquent l'affection à leurs parents et l'on voit alors se produire de petites épidémies de maison ou de quartier. Chez les enfants, cette conjonctivite aiguë contagieuse peut être si peu intense et d'apparence si bénigne qu'il ne semble pas que l'on doive interdire l'entrée de l'école à un élève qui ne présente pas de symptômes oculaires réactionnels évidents. Mais il a été démontré que la bénignité du cas d'origine n'impliquait nullement la bénignité des cas consécutifs et qu'il était aussi important de prendre des mesures prophylactiques contre un cas léger de conjonctivite aiguë contagieuse que contre les cas intenses et compliqués. Nous dirons même qu'il est souvent plus important au point de vue de la dissémination de l'affection, de reconnaître les cas légers, de les isoler à temps et surtout de leur interdire la fréquentation de l'école ou de l'asile.

« La conjonctivite granuleuse, la conjonctivite à pneumocoques, la conjonctivite diphtérique donnent lieu aux mêmes considérations. » (Brun et Morax, Thérapeutique oculaire, p. 3.)

(1) Chaque circonscription comprend 2 à 8 écoles.

II

De prime abord, il semble que les pouvoirs du médecin-inspecteur soient étendus et précis. En réalité, si l'on excepte les maladies générales transmissibles, ces pouvoirs se réduisent à une déclaration platonique et à une signature apposée deux fois par mois sur le cahier d'inspection.

En ce qui concerne en particulier les affections oculaires, des difficultés innombrables surgissent. « Il ne serait... pas très difficile, disent encore Brun et Morax (l.c p.6.), de diminuer la fréquence des contaminations. Il suffirait pour cela d'interdire la fréquentation de l'école ou de l'asile à tout enfant dont les yeux présenteraient le trouble le plus léger et à ne le laisser rentrer qu'avec un certificat, mais à la condition que le médecin sache qu'il n'y a aucun rapport entre l'intensité de la réaction conjonctivale, l'abondance de la sécrétion à laquelle elle donne lieu et le degré de contagiosité de l'affection. »

Théoriquement, ces indications excellentes qui résument toute la question de l'inspection des écoles, sont prescrites et appliquées ; mais pratiquement elles restent inapplicables.

Voyons pourquoi. Je ne cite que pour être complet un cas qui ne se présente qu'exceptionnellement, et qui mérite cependant d'être signalé : le médecin, lors de son inspection, est entravé par le mauvais vouloir du directeur — ou de la directrice — *qui, par un amour-propre incompréhensible, prétend n'avoir jamais de malade ou de contagieux dans son école.* (Personnellement, lorsque j'étais médecin de la 6e circonscription d'état-civil, en 1900, mon rôle d'inspecteur d'une des *écoles primaires supérieures* de la ville se borna pendant un an à la formalité de la signature de la feuille d'inspection.... qu'on me faisait parvenir après une attente souvent longue).

Il s'agit là, je le répète, d'une exception. Habituellement, le directeur d'école, aussi correct que consciencieux et convaincu de l'importance de son rôle, s'attache à signaler scrupuleusement au médecin-inspecteur tous les enfants susceptibles de semer une contagion dans sa population scolaire ; de concert avec lui, il s'arrange pour renvoyer tout écolier suspect.

Mais la bonne volonté de l'instituteur et du médecin se heurtent à la force d'inertie des parents et plus souvent encore à l'impossibilité de conserver les

enfants à la maison ; à plus forte raison de les y soigner.

L'enfant quitte l'école : il est atteint, par exemple, d'une conjonctivite qui réclame des soins réguliers et judicieux.

Il embarrasse doublement sa famille par sa présence et par son affection locale ; livré à lui-même, il court les rues. Ses parents miséreux, hors de chez eux toute la journée, n'ont pas de temps à lui consacrer : ils ne peuvent perdre des heures précieuses pour le conduire à une consultation hospitalière ou à un dispensaire et surtout, pour l'y ramener deux ou trois fois par semaine.

Ils jugent d'ailleurs son affection locale comme étant de peu d'importance et n'ont qu'un souci : faire retourner leur enfant le plus tôt possible à l'école.

A sa rentrée, aucun certificat médical n'est imposé : cette mesure serait inapplicable.

L'instituteur, seul juge, mal placé pour savoir s'il faut recevoir l'enfant ou s'il doit le renvoyer encore, est tiraillé en divers sens par les objections qu'il se fait à lui-même ou qu'on lui fait : l'école est gratuite et surtout elle est obligatoire, c'est l'argument des parents ; l'école doit être dans un état d'hygiène tel qu'une classe tout entière soit préservée d'une épidémie de conjonctivite contagieuse — par exemple — par le renvoi de l'élève contaminé ; l'intérêt de l'enfant exige qu'il soit continuellement traité, etc., etc.

Le médecin-inspecteur lui-même, si on le consulte, est impuissant ; car certains parents protestent, menacent l'instituteur et quelquefois retirent définitivement l'enfant qui est accueilli par l'école d'en face, moins sévère que la première pour les contagieux.

III

J'ai effleuré, dans cet article, la question des affections oculaires contagieuses observées dans les crèches et les écoles publiques : elle n'est en somme qu'un point particulier de l'hygiène scolaire générale.

A mon avis, le but poursuivi par l'inspection des écoles n'est pas atteint. Mais il serait facile de modifier et d'améliorer cette institution, excellente en principe, mais défectueuse en pratique : 1° par l'éducation même des élèves des écoles publiques ; 2° par la création — au moins dans les grandes villes — d'*infirmeries scolaires*.

1° L'éducation hygiénique des enfants appartiendrait exclusivement aux instituteurs.

Il ne suffit pas d'enseigner aux écoliers que la propreté est une nécessité, un luxe, une élégance ou « une vertu » (VOLNEY), il faut encore leur indiquer les moyens de pratiquer cette *vertu* et démontrer qu'elle est la base de l'hygiène et de la santé.

Le maître apprendrait à ses élèves — et avec insistance — le danger des mains sales, des vêtements souillés, des doigts — éternels véhicules de toutes les saletés —, des ongles noirs qui recèlent tous les microbes possibles ; dans de petites leçons *très simples et ayant surtout un caractère pratique*, il donnerait sa juste part à l'hygiène élémentaire raisonnée (1). Sans invoquer l'antisepsie et l'asepsie, qui ne peuvent être comprises et surtout appliquées que par ceux qui ont reçu une éducation absolument spéciale, il rendrait les plus grands services en redisant tous les jours quels résultats merveilleux on peut obtenir avec du savon (surtout du savon noir) et de l'eau en abondance utilisée en lotions, frictions, affusions, bains, etc. ; il prêcherait d'exemple en se lavant les mains devant les élèves au commencement et à la fin de la classe. Enfin, il se montrerait impitoyable pour tout élève sale, graduant les peines et passant successivement de l'observation à la réprimande, puis à la punition, et s'il le fallait (avec l'assentiment des autorités universitaires bien entendu), au renvoi temporaire pour malpropreté.

2° Enfin il serait possible de songer à la création d'infirmeries scolaires, où seraient soignées facilement les affections locales contagieuses des élèves renvoyés temporairement.

Les contagieux qui ne pourraient être traités chez eux iraient tous les matins à l'infirmerie, comme ils vont à l'école en temps ordinaire. Ils y seraient journellement examinés par des médecins choisis à cet effet et soignés comme il convient par un personnel spécial qui se chargerait en même temps de la surveillance, occupés et gardés toute la journée : comme à l'école, ce dernier point est celui qui intéresse avant tout les parents.

Ce projet de création d'infirmeries scolaires me semble digne d'être mis à l'étude et capable de constituer une œuvre sociale qui viendrait compléter les œuvres de mutualité scolaire, celles des cantines scolaires et des patronages.

J'aurai probablement l'occasion d'y revenir dans un prochain article.

(1) On m'objectera que déjà le matin, le maître fait avant la classe une sorte d'inspection de propreté. Mais cette visite très brève se réduit à une formalité sans portée à laquelle les petits ou leurs parents n'attachent aucune importance.

Consultations Médico-Chirurgicales

Torticolis

Professeur agrégé PATOIR.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un matin, au réveil, après un refroidissement, un effort, un mouvement brusque ou encore à la suite d'une attitude mauvaise du cou longtemps prolongée, un homme, jeune encore, assez souvent un enfant, a été pris plus ou moins brusquement d'une douleur vive dans un des côtés du cou. En même temps s'est montrée une déformation caractéristique : la tête s'est penchée vers l'épaule, celle-ci s'est élevée comme pour se porter à la rencontre de la tête tandis que la face se tournait de l'autre côté et vers le haut. Cette attitude, due dans la généralité des cas à la contraction d'un des muscles sterno-cléido mastoïdiens, parfois du trapèze, est fixe, la tête est soudée au tronc et si l'on demande au malade de regarder d'un côté ou d'autre, ou bien ses yeux seuls remuent, ou bien il est obligé de tourner d'une seule pièce toute la partie supérieure du tronc. Le malade n'essaie pas d'ailleurs de tenter un mouvement, car toute tentative de ce genre provoque ou augmente la douleur. Il en est de même de la palpation.

L'exploration de la région malade permet de constater l'état de contraction des muscles du cou et notamment du sterno-cléido-mastoïdien ; elle montre aussi que souvent la douleur siège dans les muscles contractés et non ailleurs, dans d'autres cas, au niveau des articulations de la colonne vertébrale ; alors, la pression sur la ligne médiane des interlignes vertébraux des 3e, 4e et 5e cervicales est sensible. Bien plus pénible encore est la pression exercée sur les apophyses transverses des mêmes vertèbres, du côté opposé à l'inclinaison de la tête. L'attitude figée spéciale et la douleur vive qui l'accompagne, caractérisent l'attaque de *torticolis aigu protopathique*.

Torticolis aigu musculaire ou torticolis aigu articulaire, l'évolution clinique du syndrôme reste la même et sa terminaison, dans l'immense majorité des cas, est la guérison au bout de quelques jours.

II. — Chez un autre malade qui se plaint également d'une douleur cervicale et dont l'attitude est semblable à celle du premier, l'examen de la région permet au médecin de mettre en évidence une lésion causale qui peut siéger, soit dans le squelette, soit dans les parties molles du cou, arthrite nettement caractérisée, entorse, ou luxation des vertèbres, adénite aiguë, phlegmon au début, voire même angine, sans compter le mal de Pott sous-occipital. Il s'agit ici d'un *torticolis aigu deutéropathique*, symptomatique d'une lésion de voisinage. Inutile de dire que son évolution sera réglée par celle de la cause qui lui a donné naissance.

III. La même attitude et la même douleur se présentent, succédant soit exceptionnellement, à un torticolis aigu protopathique, soit comme reliquat d'un torticolis symptomatique, soit développé enfin sans cause bien déterminée. Parfois, il remonte à la naissance (torticolis congénital ou obstétrical). D'autres fois certaines attitudes (torticolis des petits maîtres) ; une paralysie des antagonistes (torticolis paralytique) ; des troubles oculaires (torticolis oculaire), ont marqué le début de ce torticolis. Quelle que soit la cause invoquée, la déformation existe depuis longtemps, les muscles ne sont plus seulement contractés mais rétractés, la douleur a disparu, mais elle est remplacée par d'autres troubles plus profonds : hémiatrophie crânienne et faciale ; abaissement et tiraillement de la face vers le côté malade ; position des yeux en escalier. C'est le *torticolis chronique* ; sa tendance est de persister indéfiniment.

IV. Une jeune femme qui, à la suite d'un mouvement brusque exécuté au cours d'un état émotif, colère ou peur, ou encore sous l'influence de causes diverses mais toujours de nature psychique, a senti son cou entraîné vers l'épaule et a pris l'attitude du torticolis. Il est assez rare que ce torticolis existe seul : il s'associe soit à un spasme particulier de la face et de la langue ou du peaucier du cou, soit encore à une contracture du membre supérieur. Même quand ces contractures n'existent pas, elles ont tendance à apparaître, on les provoque facilement, il y a, en un mot, ce qu'on appelle de la diathèse de contracture. Si à ces troubles moteurs s'ajoutent des troubles de la sensibilité, anesthésie ou hyperesthésie, le diagnostic ne fait pas de doute : il s'agit d'un *torticolis hystérique*. Le diagnostic, au contraire, devient fort difficile quand cet accident est le seul symptôme de l'hystérie. Quelquefois facilement curable, mais de récidive fréquente, le torticolis hystérique est dans d'autres circonstances très tenace et peut aboutir à la chronicité.

V. Chez un homme de 30 à 50 ans des crises de mouvements convulsifs entraînent brusquement la tête vers une épaule qui est souvent la droite. La déformation ainsi produite dure plus ou moins longtemps, puis la tête tend à reprendre la position normale jusqu'au moment où un nouveau spasme la rejette de côté. Les spasmes se montrent par crise de durée et d'intensité variable, mais à mesure que la maladie vieillit, les spasmes tendent à devenir de plus en plus rapprochés et il arrive un moment où le malade exécute sans trêve — sauf pendant le sommeil — son mouvement convulsif et

où il s'établit une déviation permanente qu'exagère momentanément chaque crise. L'émotion, la fatigue augmentent le nombre et l'intensité des spasmes ; l'immobilité, l'attention, la volonté les diminue sans les faire cesser complètement et — fait singulier — alors que la volonté du malade est impuissante à arrêter le spasme, il lui suffit souvent d'appuyer un doigt contre la joue pour immobiliser complètement la tête. L'attitude réalisée par le malade est très souvent celle du torticolis classique, mais il arrive aussi que les muscles de la nuque, de la face, de l'épaule, etc., entrent en jeu ; l'attitude réalisée devient alors plus complexe et rappelle certains mouvements professionnels (tic du colporteur, etc.). Cette affection existe fréquemment seule mais, dans certains cas, elle s'accompagne de l'éjection inconsciente de cris inarticulés, et même de coprolalie et d'écholalie ; on l'a vue également évoluer en même temps qu'une affection organique des centres nerveux. Il s'agit de *torticolis mental*, appelé aussi torticolis spasmodique qui est toujours de guérison difficile.

INDICATIONS PATHOGENIQUES. — Le torticolis est un syndrôme purement clinique caractérisé par la torsion douloureuse ou non du cou et l'attitude spéciale qui s'en suit. Il est la résultante d'états pathologiques très différents les uns des autres. Aussi le syndrôme torticolis pris en lui-même ne compte-t-il pas d'indications pathogéniques qui lui soient propres. Celles-ci varieront forcément avec les causes qui lui ont donné naissance et si, par exemple, cette cause est bien connue et peut être détruite, comme dans certains torticolis dentéropathiques, c'est à elle que s'adressera le traitement pathogénique. Il en sera de même avec le torticolis hystérique qu'on doit considérer simplement comme un épisode local de la contracture hystérique et traiter comme tel. L'indication pathogénique sera infiniment moins nette avec le torticolis mental dont la nature fort discutée nous est encore inconnue. Quant au torticolis aigu protopathique, la notion classique que nous avons de son origine rhumatismale nous est en réalité de peu d'utilité. Nous serons mieux guidés par la connaissance des conditions (froid, effort, etc.) dans lesquelles il survient. Enfin, en ce qui concerne le torticolis chronique, outre l'état anatomique du muscle qui nous fournira une indication précieuse, il y aura lieu de tenir compte de l'origine (oculaire par exemple) pour y parer dans la mesure du possible.

TRAITEMENT. — Il ne paraît pas possible de comprendre dans un même chapitre la thérapeutique applicable à chaque espèce de torticolis. Il faut donc que nous examinions séparément le traitement qui convient à chacune.

Torticolis dentéropathique

Le torticolis dentéropathique comporte une indication essentielle et fort simple, du moins en théorie. Que la cause du torticolis soit une lésion du squelette ou des parties molles, c'est à cette cause qu'il faut s'attaquer si l'on veut guérir le torticolis : *ablata causâ tollitur effectus*. Il n'y a donc pas ici à formuler un traitement propre au torticolis, qui cédera devant le traitement d'une arthrite, d'une adénite, etc.

Torticolis mental

En ce qui concerne le torticolis mental, le traitement médicamenteux ne peut donner que des résultats momentanés : bromure, opiacés, valérianates, colchique, arsenic, seront essayés tout d'abord ; peut-être pourrait-on accorder une préférence à la **belladone**, sous forme d'extrait et à son alcaloïde, l'atropine, ou encore à l'**extrait fluide de ciguë** à la dose de quarante-cinq gouttes par jour. Parmi les hypnotiques destinés à procurer du repos au malade, il y a lieu de citer avec les restrictions d'usage, la **morphine** en injection ; le **véronal**, qui donne de si bons résultats dans les tremblements, ne serait pas contre-indiqué ici : en tout cas, il est inoffensif à la dose de 0 gr. 50.

En dehors des interventions chirurgicales, qui ont été multiples et qui ont donné des résultats variables, le véritable traitement curatif paraît être la **rééducation** préconisée par Brissaud. Sans entrer dans le détail de ce traitement, on doit savoir que les exercices employés ont pour but, les premiers d'amener le sujet à **rester immobile** ; les seconds de l'entraîner à **régulariser ses mouvements et ses gestes**. En même temps, on traitera l'état mental du tiqueur en s'efforçant de **rééduquer sa volonté**. Traitement long, difficile, demandant beaucoup de patience et d'ingéniosité, mais qui dans beaucoup de cas s'est montré réellement efficace. Il semble bien que dans ce traitement il faille faire une part importante à la suggestion. Aussi ne paraît-il pas inutile dans ces cas de soustraire le malade à son milieu et de le soumettre à l'**isolement**.

Ce n'est que si l'on échouait dans cette tentative de rééducation qu'on serait autorisé à conseiller au malade de courir les chances d'une **opération sanglante** : élongation, ligature ou section du spinal, section des muscles, section des racines cervicales, du sympathique, etc.

Torticolis hystérique

Plusieurs cas peuvent se présenter.

Torticolis récent. — Si l'on a la chance d'assister à l'apparition de la contracture, on peut tenter la **malaxation des muscles antagonistes**. Cette pratique, pourvu qu'elle

suive de près l'attaque de contracture, donne souvent des succès.

Torticolis peu ancien. — Le plus souvent, on a affaire à un torticolis qui dure depuis quelque temps. On tentera alors le **massage**, profond s'il y a anesthésie, superficiel au contraire, s'il y a hyperesthésie. L'état de la sensibilité fournit encore des indications pour l'application de l'**électricité** : quand il y a anesthésie, les courants faradiques sont indiqués ; on emploie les courants galvaniques quand il y a hyperesthésie.

On peut également tenter le transfert de la contracture par l'**aimant** et la faisant passer plusieurs fois d'un côté à l'autre, arriver ainsi à l'user et à la faire disparaître. La **suggestion**, l'isolement avec suggestion indirecte sont encore d'excellents moyens pour traiter un torticolis hystérique qui tend à durer.

Torticolis ancien. — Il se peut que malgré les moyens mis en œuvre, le torticolis s'éternise et qu'on se trouve en face d'une contracture qui dure depuis des mois, quelquefois des années ; il est alors nécessaire de faire la part de la contracture et celle qui revient aux rétractions et aux adhérences fibreuses : le **sommeil chloroformique** est alors un moyen de diagnostic et un procédé thérapeutique. S'il n'y a que de la contracture, la malade peut se réveiller complètement guérie, en tout cas, on sait qu'on peut la redresser et même y employer la force ; si au contraire on y trouve des rétractions, des adhérences, le torticolis hystérique relève du traitement à employer contre le torticolis chronique.

Torticolis aigu et torticolis chronique

Le traitement du torticolis aigu est successivement préventif et curatif.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Il est impossible de prévenir une première attaque de torticolis, mais on peut essayer de se mettre en garde contre les suivantes. Eviter le froid par le port du foulard ou du cache-nez, proscrire le décolletage intempestif, corriger les attitudes défectueuses et veiller à ce que les muscles du cou ne soient point surmenés, en un mot supprimer les causes déterminantes ; tels sont les conseils que l'on donnera aux sujets menacés de torticolis. Si l'on suppose que le torticolis reconnaît pour cause une faiblesse congénitale ou acquise des muscles antagonistes, il faudra essayer de leur rendre de la tonicité par le **massage**, l'**électrisation** et la **gymnastique musculaire.** Enfin, si le malade est arthritique, il y aura avantage à traiter cet état constitutionnel par les moyens appropriés.

TRAITEMENT CURATIF. — Dans le torticolis aigu, supprimer la douleur c'est supprimer la déformation qui en est la conséquence, c'est par le fait guérir un torticolis : agents médicamenteux, agents mécaniques, peuvent être mis en œuvre. Le torticolis chronique peut en outre réclamer certaines interventions opératoires.

Agents médicamenteux. — Il vient sans effort à l'esprit, au début d'une attaque de torticolis aigu, de la traiter comme une manifestation rhumatismale, quel que soit d'ailleurs le siège, musculaire ou articulaire de la douleur. On commencera donc par administrer au malade du **salicylate de soude**, à la dose de 4 grammes par jour, qu'on fera absorber soit en cachets, soit de préférence en potion. Mais si au bout de deux ou trois jours on n'a pas obtenu la disparition des accidents ou du moins leur atténuation notable, mieux vaut ne pas persévérer dans une médication qui n'a plus sa raison d'être et qui peut ne pas être inoffensive. On pourra alors remplacer le salicylate de soude par un de ses nombreux succédanés ou essayer le **sulfate de quinine** à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme qui avant l'emploi de l'acide salicylique, a joui d'une grande vogue et qui mérite de ne pas tomber dans l'oubli. Il faut se souvenir du benzoate de soude (SENATOR), de l'Asaprol (DUJARDIN-BEAUMETZ), du Tartre stibié (TROUSSEAU et JACCOUD), du Jaborandi (ROBIN) du cyanure de zinc et potassium (cinq à dix centigrammes par jour), de l'acide citrique, etc., — et nous ne citons que les médicaments qui ont été appuyés de noms connus — et encore pour conseiller de ne pas y avoir recours.

Employés plus directement contre la douleur, nous signalerons encore l'opium et ses dérivés, le chloral, la **belladone,** dont l'action antispasmodique est à retenir. Pour les formes particulièrement douloureuses, on a conseillé l'**antipyrine** qui, à la dose de 1 ou 2 gr. pris en deux fois à quelques heures d'intervalles, amende fortement la douleur. On pourra combiner ce médicament à d'autres comme dans la formule suivante :

Antipyrine	} ââ 0 gr. 50	
Bromure d'ammonium...	}	
Valérianate de caféine...	0 gr. 02	
Chlorydrate de cocaïne..	0 gr. 01	(ROBIN).

Nous ne citons que pour mémoire les injections d'antipyrine et de glycérophosphate de soude. Dans les cas rebelles, il ne faut pas hésiter à leur préférer l'injection de **morphine.** Il est bien entendu qu'elle sera réservée aux formes aiguës et qu'on n'en prolongera pas l'usage.

Agents locaux. — Dans beaucoup de cas, quand la douleur n'est pas trop vive, les topiques suffisent à soulager le malade en attendant la résolution spontanée de l'attaque. On essaiera d'abord les **liniments calmants** à base de baume tranquille additionné d'extrait thébaïque, d'extrait de belladone ou de jusquiame, de laudanum ou de chloroforme. Si ces moyens anodins ne suffisent pas, et si l'attaque tend à

se prolonger, on sera amené à tenter les **révulsifs** sous forme de teinture d'iode ou de sinapismes. Les pulvérisations de chlorure de méthyle, le stypage viendront après et devront être employés parcimonieusement. **Quant aux révulsifs violents, tels que les vésicatoires et les cautérisants, il faut les proscrire**, car les cas aigus guérissent sans eux et quant à ceux qui vont vers la chronicité, ils n'en sont guère influencés.

Agents mécaniques. — C'est à eux qu'il faut avoir recours, quand l'attaque de torticolis ne va pas franchement vers la guérison au bout de quelques jours, une semaine au plus. Même dans les cas aigus on en a obtenu d'excellents résultats. Au premier rang doit figurer le **massage**. Gautiez conseille de l'employer comme suit : Dès que les douleurs du début, les plus violentes, commencent à se calmer, soit spontanément, soit à l'aide d'un médicament, on pratique un massage soit des muscles contractés, s'il s'agit de la forme musculaire, soit des articulations douloureuses, si l'on a affaire à la forme articulaire. On débute par de l'effleurage, puis on pratique des pressions douces, et petit à petit, on arrive, sans faire souffrir le sujet, aux pressions fortes, au pétrissage des parties malades. Le massage pourra être précédé d'un bain de vapeur et suivi d'une douche chaude simple ou sulfureuse. Après le massage, il y aura également avantage à tenter une séance de mobilisation des muscles et des articulations. Un torticolis aigu attaqué dans ces conditions par une main habile peut disparaître en une seule séance.

Mais c'est surtout dans les torticolis subaigus ou chroniques qui n'ont pas encore amené de rétraction que le massage, l'**hydrothérapie**, la **mécanothérapie** sous toutes ses formes constituent des méthodes vraiment curatives.

Pour ces formes tenaces on a également proposé soit l'**extension intermittente** avec appareil approprié pour le séjour au lit, ou pour la position assise, soit l'**extension continue** en débutant par des poids faibles et en augmentant petit à petit la traction. Ce sont là des méthodes orthopédiques dont l'étude détaillée ne peut trouver place ici.

Il en est de même des procédés opératoires que nécessite le traitement des torticolis chroniques avec rétraction. Qu'il s'agisse de **ténotomie sous-cutanée** ou à ciel ouvert, de **redressement forcé** sous chloroforme, elles ont un but qui est de redresser la tête. L'**immobilisation** par l'application d'une minerve assure une seconde indication qui est de maintenir la tête en bonne position.

Il faut que, même s'il ne pratique pas lui-même ces interventions, le médecin puisse juger du moment où il convient d'y recourir. L'examen sous chloroforme lui permettra de dire si à la contraction a succédé la rétraction, c'est, en effet, **quand les muscles sont rétractés qu'on doit conseiller l'opération**, nul autre moyen ne pouvant alors amener un redressement du cou.

Une fois ce résultat obtenu, un malade qui a été atteint de torticolis chronique demandera encore à être surveillé et traité, si l'on ne veut pas que sa déformation se reproduise : le massage, la mécanothérapie, l'électrisation appliqués soit aux muscles malades, soit à leurs antagonistes selon les indications, seront des adjuvants extrêmement précieux. Ils assureront pour l'avenir les résultats d'une opération qui, sans eux, risquerait fort de n'avoir servi à rien.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Février 1906 (*suite*).

Présidence de M. Noquet, président.

Tumeur mixte de l'ovaire.

M. **Oui.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société une grosse tumeur de l'ovaire que j'ai enlevée le 5 janvier 1906.

La femme qui portait cette tumeur est âgée de 27 ans. Elle est mariée et n'a eu qu'une grossesse terminée par un avortement, il y a 22 mois. Depuis cette époque, son ventre a grossi progressivement sans déterminer de douleur.

Depuis sa fausse couche, c'est-à-dire depuis 22 mois, aménorrhée complète. Depuis cinq mois, douleurs dans le côté droit du ventre, augmentation rapide du volume du ventre, et à intervalles irréguliers, ascension de la température jusqu'à 39°.

En décembre, on constate une ascite considérable. Lorsqu'on fait coucher la malade sur le côté gauche, la matité persiste dans le flanc droit. La malade urine très peu, 300-400 gr. par vingt-quatre heures. Elle est extrêmement amaigrie et affaiblie.

Une ponction est faite le 2 décembre et donne 8 litres de liquide citrin. Le palper abdominal fait après la ponction montre dans le côté droit une grosse masse qui déborde sur la ligne médiane. A gauche et en haut, reliée à cette masse principale, tumeur mamelonnée paraissant jouir d'une certaine mobilité et assez superficielle.

Au toucher, vagin étiré par en haut, col très élevé, difficilement accessible. Très haut, on atteint, à droite, une tumeur qui paraît liquide.

La ponction a soulagé la malade qui urine un peu plus pendant quelques jours : 600-800 gr. Puis le liquide ascitique se reproduit et la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures tombe de nouveau à 400 grammes.

Le 4 janvier, seconde ponction donnant encore 8 litres de liquide.

Le 5 janvier, opération avec l'aide de M. le docteur Just

Colle. Laparotomie. On tombe sur une grosse masse kystique multiloculaire. La ponction de la poche qui paraît la plus grosse ne donne que très peu de liquide. L'incision est alors largement agrandie. Section et ligature d'adhérences épiploïques, puis détachement de quelques adhérences de la paroi postérieure. La tumeur qui venait comprimer la face inférieure du foie est basculée en avant. Ligature et section du pédicule. Quelques adhérences rompues continuent à saigner, tamponnement à la Mickulickz. Injection de 300 cmc. de sérum artificiel.

Le 11 janvier, le tamponnement est complètement enlevé et remplacé par un drain. La malade urine environ un litre par jour. Elle reste quelques jours dans un état de malaise assez marqué : quelques vomissements bilieux, anorexie, tympanisme abdominal qui ne disparaît que le 5 février, le tout sans élévation de température.

Sort le 11 février.

Je joins à l'histoire clinique de ce cas, la note qu'a bien voulu me remettre notre collègue le professeur Curtis.

Énorme tumeur solide de l'ovaire. Poids, 7 kil. 250, forme ellipsoïde. — Dimensions : 28/21 centimètres, formant une masse mamelonnée, à gros mamelons irréguliers.

A la coupe, la partie centrale est occupée par une cavité kystique de grande dimension qui occupe presque tout le centre de la tumeur et est remplie de matière mucoïde colorée en rouge par du sang.

Le reste du tissu formant coque autour du kyste présente une coloration blanche striée de traînées rougeâtres et grises. Par places, ce tissu paraît formé par une série de nodules blancs, mous, d'aspect encéphaloïde. Il existe également de petits kystes disséminés, à contenu mucoïde. La surface du grand kyste ne présente aucune villosité. Elle est formée par le tissu mou et blanc du néoplasme qui se soulève en bosselures irrégulières sur toute la surface du kyste à la coupe.

Cette tumeur présente une structure très complexe. On y trouve à la fois des productions épithéliales et des proliférations mésodermiques de nature sarcomateuse.

Sous la surface, principalement, existe, au milieu d'un stroma conjonctif formé par des corps fibro-plastiques et des fibrilles conjonctives, des proliférations épithéliales très abondantes. Ce sont des tubes épithéliaux formés de cellules cylindriques ou cubiques qui se dissocient çà et là en traînées de cellules disposées sur un seul rang. Ces bourgeons et tubes épithéliaux se pelotonnent en certains endroits et forment du gros nodules dans lesquels les travées épithéliales s'intriquent avec les travées du stroma conjonctif.

Ailleurs, le stroma conjonctif se développe énormément et ses cellules s'étalent dans une masse amorphe muqueuse. Ces plaques mucoïdes alternent avec des régions où prédominent des corps fibro-plastiques ou des cellules conjonctives polymorphes.

Cet ensemble présente, en somme, la texture d'un sarcome à dégénérescence muqueuse, d'un myxo-sarcome.

On y voit, d'ailleurs, la matière amorphe s'accumuler en certains points et donner naissance à de petits kystes par transformation muqueuse du tissu. Ces petits kystes expliquent le mode de formation du grand kyste central.

Même dans ces régions sarcomateuses, on retrouve des traces de prolifération épithéliale. On y voit, en effet, de petits lobules de tubes épithéliaux à cellules cylindriques, tubes moins pelotonnés qu'à la surface et donnant l'impression de petites proliférations adénomateuses.

Ici encore, des tubes épithéliaux s'égrènent, se transforment en longs boyaux qui s'infiltrent dans le tissu sarcomateux et, parfois, s'anastomosent entre eux.

Il résulte de tout cela que cette tumeur présente une texture mixte. Elle est nettement épithéliale, d'une part, présentant tous les caractères d'un épithélioma de l'ovaire, d'un cancer épithélial parti des épithéliums superficiel ou folliculaire.

Elle est, d'autre part, sarcomateuse, type de myxo-sarcome kystique et, par places, de sarcome fusiforme ou de sarcome à grandes cellules.

Ces deux sortes de proliférations, sarcomateuse et épithéliale, se trouvent intimement intriquées. Il s'agit donc d'un type de tumeur mixte de l'ovaire, d'un *sarco-épithélioma à dégénérescence kystique du stroma conjonctif*.

L'intérêt de cette communication réside, surtout, vous le voyez, dans l'examen anatomo-pathologique fait par notre collègue, le professeur Curtis.

Toutefois, au point de vue clinique, il ne me paraît pas superflu d'insister sur la longue aménorrhée observée chez cette femme. Un certain nombre d'auteurs paraissent considérer l'aménorrhée comme assez fréquente dans les tumeurs kystiques de l'ovaire. D'autres, et mes observations personnelles concordent avec cette dernière opinion considèrent, au contraire, l'aménorrhée comme exceptionnelle.

Dans ce cas, il me paraît très probable que l'aménorrhée a été due surtout à l'altération profonde de l'état général, conséquence d'une tumeur évidemment maligne.

M. Curtis. — Tous les kystes de l'ovaire sont à paroi simple ou végétante et ce dernier type est malin. La pièce anatomique, présentée par M. Oui, ne répond à aucun de ces types. L'épaisseur de la poche est considérable et la surface en est lisse. Il s'agit d'une tumeur mixte, d'un véritable tératome de l'ovaire. A côté d'une infiltration épithéliale, on doit trouver, sans doute, des traces d'autres tissus, soit du sarcome, du cartilage, de l'os, etc. Ce tératome se rapproche de celui du testicule. Suivant une

loi connue, une telle tumeur serait un dermoïde de l'ovaire devenu malin.

Exostose ostéogénique du tibia

M. Potel présente la radiographie et la pièce anatomo-pathologique d'une exostose ostéogénique de l'extrémité supérieure du tibia. Cette exostose paraissait à l'examen clinique sessile et implantée par une large base. L'excellente radiographie de M. le professeur agrégé Bédart montra qu'en réalité cette tumeur osseuse avait la forme d'un champignon très étalé mais relié au tibia par une base n'ayant qu'un centimètre carré de surface. L'extraction se fit très aisément en insérant un ciseau entre la tête du champignon et le tibia, et en sectionnant d'un seul coup le pédicule osseux.

ALCOOLIA

Voici quelle est, paraît-il, d'après la direction de l'octroi, la quantité effrayante d'essences dangereuses consommées dans la capitale sous forme de boissons dites apéritives. Il entre approximativement à Paris, chaque année, passant par les octrois, 43.283 hectolitres d'absinthe, 8.397 hectolitres de bitters, 5.845 hectolitres de similaires. Ensemble, 56.402 hectolitres. Soit de quoi mettre à un joli prix de revient chacune des innombrables misères pathologiques qu'engendre la mauvaise habitude des gens qui, journellement à Paris, s'évertuent à se donner l'illusion de la faim et à boire sans soif.

(*Bulletin de thérapeutique*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les remèdes secrets et leur contrefaçon.

Nul n'ignore, parmi nos lecteurs, que la vente des remèdes secrets est interdite par l'art. 38 de la loi du 21 germinal an XI, toujours subsistante, sinon toujours respectée. De cette prohibition, la jurisprudence a conclu à la nullité, non pas seulement de la vente d'un remède secret, mais encore de toute convention se rapportant plus ou moins directement à une vente de ce genre. Or, du moment qu'une convention est nulle, elle ne saurait donner lieu à une action en justice. Spécialement, du moment que la loi ne protège pas, mais au contraire défend, la vente d'un remède secret, la justice ne saurait protéger la propriété de ce remède contre la contrefaçon ou même la concurrence déloyale. Telle est la conclusion à laquelle est arrivé le tribunal civil de Lille, dans un jugement du 15 juillet 1904, intéressant à plusieurs points de vue, et qui peut se passer de commentaires.

En voici le texte :

Le tribunal : — Attendu que Poncelet et Deroubaix ont assigné Fournier, Bon et Cie, fabricants de produits pharmaceutiques à Dijon, et Collardet, pharmacien à Lille, en contrefaçon ou imitation illicite de marque de fabrique et en concurrence déloyale, et leur réclament 50,000 francs de dommages-intérêts et l'insertion du jugement dans cinq journaux, à raison du préjudice causé ;

Sur la contrefaçon ou imitation frauduleuse de marque de fabrique, si un acheteur d'une prudence ordinaire, connaissant au moins dans son ensemble la marque qu'il veut acheter, est trompé par des similitudes de nature à lui faire croire, quand on lui remet un autre produit, qu'il a bien celui qu'il veut avoir :

Attendu que, si l'on dégage l'étiquette des pastilles Poncelet, déposée comme marque de fabrique, et l'étiquette des pastilles pectorales de Fournier, Bon et Cie, des divers éléments qui les accompagnent, lesquels sont dans le domaine public et seraient de nature à constituer la concurrence déloyale, on constate que ces deux étiquettes sont suffisamment différentes à l'œil, en ce sens que la première est de couleur bleu foncé avec lettres en argent, porte en tête le nom de l'inventeur « Pastilles Poncelet », et au quatre coins des médailles de petit format obtenues dans diverses expositions, tandis que la seconde est de couleur bleu pâle avec lettres noires et plus petites, et porte en tête « Pastilles pectorales », sans nom de fabricant et, de chaque côté, à la partie supérieure, un cachet de garantie contenant en son milieu deux ancres entrelacés et au-dessous le mot « déposé » ;

Attendu que, sans doute, la composition des pastilles mentionnées sur l'étiquette, leur mode d'emploi, le prix de la boîte et la quantité de pastilles contenues dans la boîte sont indiqués à peu près dans les mêmes termes sur les deux étiquettes, mais que ce sont là des choses secondaires qui ne retiennent pas l'attention de l'acheteur, alors surtout que l'étiquette extérieure enveloppant la boîte Poncelet, qui apparaît très nettement à travers un papier pelure et porte en caractères rouges les mots « Pastilles Poncelet », est toute différente de l'étiquette extérieure de Fournier, Bon et Cie, qui porte en lettres noires « Pastilles pectorales », et apparaît d'une façon peu nette à travers un papier plus épais et moins transparent, et que sur la boîte Poncelet apparaissent les indications frappées en creux, tandis que sur la boîte Fournier, Bon et Cie, aucune indication n'existe ;

Attendu qu'il s'ensuit que ces deux étiquettes, quoique rectangulaires et de même grandeur, sont différentes par leur aspect général, leur couleur, les caractères imprimés y contenus, leur dessins et les enveloppes dont elles sont recouvertes, et ne sont pas de nature à produire une confusion dans l'esprit de l'acheteur ;

Sur la concurrence déloyale :

Attendu que, du moment où la contrefaçon ou l'imitation illicite de la marque n'existe pas, il ne saurait plus être question de concurrence déloyale connexe à celle-ci; mais d'une simple question de concurrence déloyale ;

Attendu qu'il n'est pas contesté que les pastilles Poncelet,

composées de goudron, ipéca, codéine, et chlorate de potasse, et destinées, d'après leur auteur, à exercer une action thérapeutique sur l'organisme, constituent un remède secret dont la vente est illicite ; que, par suite, les demandeurs ne peuvent agir en justice ;

Sur la demande reconventionnelle en dommages-intérêts formée par Fournier, Bon et Cie :

Attendu que l'action intentée par Poncelet et Deroubaix ne saurait être considérée comme téméraire ; qu'ils ont pu, de très bonne foi, se méprendre sur l'étendue de leurs droits ;

Par ces motifs : — Dit que Fournier, Bon et Cie et Collardet n'ont ni contrefait, ni imité frauduleusement la marque déposée par Poncelet sous le numéro 5688 ; Dit que les pastilles Poncelet, constituant un remède secret, la demande formée par Poncelet et Deroubaix contre Fournier, Bon et Cie et Collardet, pour concurrence déloyale, n'est pas recevable ; — Dit également Fournier, Bon et Cie mal fondés dans leur demande reconventionnelle en dommages-intérêts ; — Déboute, en conséquence, les parties de leurs demandes, fins et conclusions ; — Condamne Poncelet et Deroubaix aux dépens.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenances de thèse

M. J.-P.-I.-A.-E.-J. Houssin, de Dourges (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le jeudi 22 mars 1906, sa thèse de doctorat (n° 20), intitulée : **Le cancer primitif du canal hépatique.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de Lyon. — M. le docteur Jean Lépine, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé en outre d'un cours de clinique des maladies mentales du 1er mars au 30 avril 1906, pendant la durée du congé accordé sur sa demande à M. le professeur Pierret.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. le docteur Salva, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours d'anatomie pendant la durée du congé de M. le professeur Allard.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Phisalix, assistant au Muséum ; Poncet, de la Tour de Salvagny (Rhône).

BIBLIOGRAPHIE

Les indications des interventions chirurgicales dans les maladies internes à l'usage des médecins, par le profess' Hermann Schlesinger (de Vienne). Traduction française de MM. les docteurs Lichtwitz et Sabrazès, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux. — Vigot frères, éditeurs, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Première partie : Maladies du système nerveux, des os et des articulations, de la plèvre, du médiastin, du système circulatoire et du tube digestif. Un volume in-18 jésus.

Deuxième partie : Maladies du foie et de la vésicule biliaire, de la rate, du pancréas, du rein et du bassinet, de la vessie. Un volume in-18 jésus.

Troisième partie : Maladies du tube digestif (Estomac, intestin). Péritoine. Indications de l'accouchement prématuré provoqué. opérations chez les diabétiques. Influence qu'exercent sur l'organisme, les interventions opératoires, par le docteur Julien Schnitzler. Un volume in-18 jésus.

MM. les docteurs L. Lichtwitz et Sabrazès, de Bordeaux, viennent de traduire en français le livre du professeur H. Schlesinger, de Vienne.

Cet ouvrage n'a pas d'analogue dans notre littérature médicale. Il répond à l'heure actuelle à un impérieux besoin. Il sera certainement accueilli chez nous avec la même faveur et le même empressement de la part de MM. les praticiens, médecins et chirurgiens, et de MM. les étudiants, qu'en Autriche et en Allemagne, où il a tant de succès. C'est là en effet une œuvre éminemment clinique qui tient et au delà les promesses de son titre car, en outre de la discussion des indications opératoires, elle comprend la discussion du diagnostic avec mise en valeur des symptômes essentiels dans les divers cas envisagés. Toute la pathologie médicale est ainsi passée en revue dans des pages d'une lecture facile, quoique substantielles, remplies d'exemples concrets tirés pour la plupart de la pratique de l'auteur qui s'est depuis longtemps spécialisé dans ces études.

H. Schlesinger n'a pas seulement condensé dans son livre les fruits de son expérience clinique ; il a dégagé des travaux les plus importants publiés dans les divers pays sur ce sujet, l'opinion la plus judicieuse qui servira de ligne de conduite au médecin et au chirurgien appelés à juger de l'opportunité d'une intervention.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Les raies de feu ou méthode pour appliquer les pointes de feu sans faire mal au malade,** par le docteur Coste de Lagrave, Paris, *Maloine*, 1905.

— **Corps étranger du larynx, trachéotomie,** par le docteur Douriez, Amiens, *Imprimerie Picarde*, 1906.

— **Les gants en chirurgie,** par le docteur Pauchet, d'Amiens.

— **L'injection trachéale simplifiée, son emploi dans le traitement des affections respiratoires,** par le docteur H. Mendel, Paris, *de Rudeval*, 1906.

— **Coup d'œil rétrospectif sur la variole et la vaccine en France, en Angleterre, en Bavière et en Suisse,** par le docteur Boucher, Nancy, *Imprimeries réunies*, 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 481. Dixième Annee. N° 13 Le Numéro : 10 centimes 1er Avril 1906

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Plaies contuses de la jambe et méthode de Bier (1)

par le Docteur Thooris, médecin-major à Lille.

Les médecins militaires peuvent tirer de grands avantages de la méthode de Bier dans les infirmeries régimentaires. Il s'agit d'une méthode de Bier mitigé, d'une application particulière de son principe consistant dans l'emploi thérapeutique d'une hyperhémie veineuse de courte durée.

Les médecins de cavalerie savent l'inefficacité des différents traitements utilisés pour les plaies contuses de la jambe par coup de pied de cheval, et il n'est pas rare de voir ces sortes de plaies ne guérir qu'après des semaines et quelquefois des mois.

Réunion par première intention, pansements antiseptique et aseptique, poudres et liquides modificateurs, bicarbonate de soude (Dr Grisez), chauffage de la plaie par l'eau chaude et par le cautère ou le thermocautère à distance, tout cela a été essayé sans prévalence appréciable d'un procédé sur l'autre.

(1) Communication à la Société de Médecine du Nord (séance du 9 mars 1906).

J'ai appliqué le traitement par hyperhémie veineuse à trois blessés. La concordance des résultats compense le petit nombre des cas, comme démonstration. Il ne s'agit pas à proprement parler du moyen dramatique de Bier consistant dans le serrement du membre par la bande de caoutchouc pendant plusieurs heures, mais dans une constriction modérée et momentanée tendant simplement à obtenir une modification locale rapide qui hâte l'évolution du procès curatif. La bande hémostatique a été appliquée après l'échec d'une tentative de réunion par première intention, échec qui est la règle. A l'avenir j'appliquerai la bande dès la suture, dans l'espoir de faciliter la réunion(1). La bande est serrée très modérément au-dessus du mollet, elle est très facilement supportée ; et même la modification locale qui se produit immédiatement intéresse et amuse le malade. Voici la description succincte du phénomène local consécutif.

La plaie s'élargit notablement, les bords se gonflent et bleuissent ; le fond s'humecte et des gouttes de sérosité citrine, quelquefois sanguinolentes, surgissent. En dernier lieu le contour de la plaie s'arrondit vers le fond et devient d'un violet noirâtre. Au bout de cinq minutes, même à la loupe, on ne constate plus aucun changement apparent. J'ai cependant chaque fois laissé la bande vingt minutes, mais il est préférable, à mon avis, de l'enlever, quitte à provoquer, deux ou trois fois dans la journée, le même phénomène. Au bout de trois ou quatre jours, la

(1) Une première tentative d'application précoce a depuis complètement échoué. L'hyperhémie distend les lèvres de la plaie entre lesquelles, dans la suture, s'organise un caillot qui retarde considérablement la cicatrisation.

modification locale prend un aspect tout différent. La plaie se revêt d'une espèce d'enduit, de vernis sec, prend une teinte rose vif, et de circulaire devient, d'un jour à l'autre, elliptique, puis linéaire comme une pupille de chat. En 4 ou 5 jours la cicatrisation s'achève ; la cicatrice est presque invisible, non pigmentée et d'une très grande solidité. La peau, à son niveau, redevient absolument normale.

On sait que les plaies contuses de la jambe ne guérissent que par le décubitus dorsal prolongé, le frottement du pansement pendant la marche interrompant le travail réparateur de l'ulcération.

La nutrition d'un membre en mouvement étant plus active et devant par conséquent faciliter le procès curatif, j'ai fixé au niveau de la plaie un châssis de coton hydrophile découpé garni de deux morceaux de tarlatane fenêtrés et dans lesquels était enchâssée une plaque de mica.

L'appareil adhère très bien par le collodion et permet d'observer la plaie et d'éviter le frottement tout en permettant au malade de vaquer à ses affaires.

L'emploi de l'hyperhémie veineuse permettra de réduire considérablement le chiffre des indisponibilités en milieu militaire.

Le traitement par la bande de deux entorses du cou de pied m'ont permis de reconnaître l'inexactitude des affirmations d'un de nos camarades parues récemment dans la *Presse Médicale* : rapide diffusion de l'ecchymose, suppression de la douleur, inutilité du massage.

La guérison est facilitée par les mouvements immédiats de flexion du pied.

Un cavalier atteint d'une entorse au pied droit caractérisée par du gonflement, une douleur violente sur le côté interne de l'article et une forte extravasation sanguine sous-cutanée a été parfaitement guérie en huit jours par l'application quotidienne de la bande d'une durée de vingt minutes, sans massage et sans bain chaud.

Un malade atteint d'abcès récidivants de l'aisselle a été guéri d'un abcès de Velpeau dans chaque creux axillaire par deux applications de ventouse restée vingt minutes à demeure. Guérison en 48 heures ; pas de récidive.

Ce n'est pas un mince avantage que d'éviter aux soldats la frayeur du bistouri, qui a comme origine l'abus des grandes incisions. Le médecin qui a le bistouri facile n'hésite pas à poursuivre les décollements avec la sonde cannelée et le bistouri. L'abcès est sans doute radicalement guéri, mais il faut ensuite que la plaie se ferme.

Les abcès lymphangitiques, avec empâtement de la région, décollement et œdème cèdent, après une simple ponction, en deux à trois jours à la ventouse appliquée une ou deux fois par jour une demi-heure, ou à la bande, suivant le siège. On s'étonne de voir l'abcès se vider spontanément aussi bien par la constriction que par l'aspiration. Cette évacuation spontanée épargne au sujet les pressions douloureuses qu'on a coutume d'exercer autour de l'incision pour exprimer le pus ou le bourbillon.

J'ai appliqué la bande de caoutchouc à deux malades atteints d'hydarthrose traumatique. Les résultats sont remarquables et feront l'objet d'une autre relation.

Il y a dans cette méthode un moyen économique et comportant toute sécurité. Économie de matériel, de temps, de main-d'œuvre et d'effectif.

Les trois blessés dont suivent les observations donnent une moyenne de durée de traitement de 22 jours, mais l'application de la bande a été tardive et a comporté quelques tâtonnements. Nul doute que ce chiffre soit de beaucoup réduit encore par une application précoce et une conduite réglée.

Observavtion I. — C..., trompette, entre à l'infirmerie le 3 janvier pour plaie contuse de la jambe droite par coup de pied de cheval. Nettoyage, points de sutures, pansement aseptique, repos au lit. Le 7, la plaie s'est ulcérée, les fils sont enlevés. Les jours suivants l'ulcération s'élargit et présente un aspect torpide sans tendance à la guérison.

Le 10, application de la bande au-dessus du mollet. Modifications ci-dessus citées de la plaie. Le 14, le procès curatif semble avoir été interrompu par ce fait que le blessé s'est levé et a travaillé toute la journée. Pansement fenêtré, application quotidienne de la bande. Le 23 guérison parfaite. Cicatrice invisible, pas de pigmentation, peau normale.

Observation II. — D..., sous-lieutenant. 5 février, coup de pied de cheval au niveau du tiers moyen du tibia gauche.

Plaie suturée. Repos au lit. Le malade, indocile, se lève le quatrième jour. La plaie s'est ulcérée, enlèvement des fils; 13 février, application de la bande élastique au-dessus du mollet, modérément serrée dix minutes le matin et dix le soir. Décubitus dorsal. Le 18, pansement fenêtré, le blessé part en permission, guéri le 25.

Observation III. — J...., cavalier de 2e classe. Plaie contuse de la jambe droite au niveau du tibia au tiers inférieur, 15 février. Infirmerie. Pansement et repos couché. Le 19, plaie ulcérée, mauvais état général du blessé, sujet à des excoriations interminables. Application quotidienne de la bande 20 minutes. Pansement fenêtré le 22. Guérison parfaite le 27 février.

Persistance de l'acidité urinaire dans la tuberculose

par F. Malméjac,
docteur en pharmacie, pharmacien-major de 2e classe (1).

De nombreux et importants travaux ont été publiés sur l'acidité urinaire, soit au point de vue chimique, soit au point de vue physiologique et pathologique ; ils diffèrent souvent par leurs conclusions. Ces divergences nous paraissent dues aux multiples méthodes mises en œuvre pour étudier les mêmes sujets ou contrôler des résultats

(1) Communication faite à la *Société de médecine du Nord* (séance du 9 mars 1906).

déjà acquis. Il serait désirable d'apporter à l'étude de ces questions moins d'hypothèses, plus de faits et de bien définir la méthose suivie pour les établir. Ce manque de précision a souvent provoqué le doute et embrouillé des questions relativement simples.

Cette conviction déjà vieille chez nous, s'est encore accrue au moment où, faisant notre première communication sur le sujet qui nous occupe, au dernier Congrès de la tuberculose de Paris, nous avons pu voir, grâce aux contestations qui se sont élevées sur des communications autres que la nôtre, combien il était utile de préciser toujours davantage.

Nous nous garderons donc bien d'apporter ici de nouvelles hypothèses sur les éléments constituants de l'urine et en particulier sur ceux qui concourent à son acidité, mais nous ne pouvons nous empêcher de constater que celles qui existent ne sauraient représenter que très approximativement la vérité.

Lorsqu'on étudie l'acidité apparente, absolue, réelle ou potentielle de l'urine, que l'on s'adresse aux méthodes physiques ou chimiques, il est facile de se convaincre que ces diverses acidités sont mal connues. C'est surtout pour l'acidité apparente de l'urine que les procédés de dosage se sont multipliés sans qu'on songe à définir nettement ce que chacun d'eux représente.

Tant que les chimistes ne s'entendront pas pour unifier les méthodes de dosage de cette acidité, on pourra toujours employer l'une de celles qui paraissent le plus généralement admises, c'est ce que nous avons fait.

Dans cette étude nous avons toujours suivi pour le dosage de l'acidité urinaire la méthode suivante :

On mesure 10 centimètres cubes d'urine à l'aide d'une pipette à deux traits, on les recueille dans un verre à fond plat, on y ajoute, pour atténuer la coloration, 50 centimètres cubes d'eau distillée rigoureusement neutre, III gouttes d'une solution au 1 °/₀ de phénol phtaleine et l'on titre, très exactement, à l'aide de la solution déci-normale de soude.

En appliquant ce mode très connu de dosage à une urine quelconque, peu importe qu'on en prélève 10, 50 ou 100 centimètres cubes les résultats restent les mêmes. Il en serait tout autrement si, comme l'indiquent certains auteurs, on se servait, non de solution $\frac{N}{10}$, mais bien de soude normale.

Nous savons que ce procédé est critiquable, mais il ne l'est pas plus que bien d'autres qu'on a essayé de lui substituer.

Le fait important, dans cette étude, est de toujours opérer dans des conditions rigoureusement identiques afin que les résultats puissent être utilement comparés.

Acidité des urines de tuberculeux. — Variations de cette acidité aux divers degrés de la maladie. — Moyennes. — Avant d'étudier la persistance de l'acidité urinaire dans la tuberculose, il n'est pas sans intérêt de rechercher si toutes les urines de tuberculeux sont acides.

Nous répondrons à cette question, que depuis 1898, époque à laquelle nous avons fait notre première observation, jusqu'à ce jour, nous n'avons jamais trouvé d'urine alcaline chez le tuberculeux ne prenant pas de médicaments. Nous ne voulons pas dire, par là, qu'il ne saurait en exister, mais bien que nous n'en avons jamais vu. Nous avons cependant opéré sur des races très diverses et sous les climats les plus différents : d'abord à Toul, ensuite en Algérie sur les hauts plateaux du Tell, dans le Sud, à la côte ; enfin à Lille. Cela nous a permis de réunir des observations portant sur des malades soumis aux régimes les plus dissemblables, sans que nous trouvions la moindre différence dans les résultats. Bien plus, dans la tuberculose rénale, d'après ALBARAN, les urines même purulentes seraient acides.

Cette acidité de l'urine des tuberculeux s'observe quelle que soit la porte d'entrée du bacille, quel que soit son point d'élection.

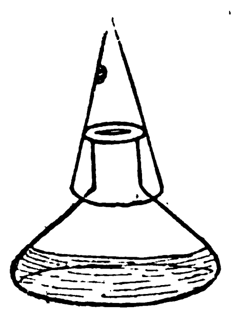
Lorsqu'on dose chez le tuberculeux l'acidité urinaire sur les urines des 24 heures, on constate que cette acidité augmente, d'une manière générale, avec les progrès du mal et les moyennes établies sur de très nombreux dosages nous ont donné les résultats suivants :

Moyennes en acide sulfurique par litre	1er degré	= 0,6756
	2e degré	= 0,9910
	3e degré	= 2,2870

Persistance de cette acidité. — Les recherches que nous poursuivons depuis huit ans sur ce sujet nous permettent de dire que :

Les urines des tuberculeux recueillis dans des vases stériles et conservées au contact de l'air, mais à l'abri des poussières, gardent pendant un temps variable, généralement de 12 jours à trois mois et plus, leur réaction acide.

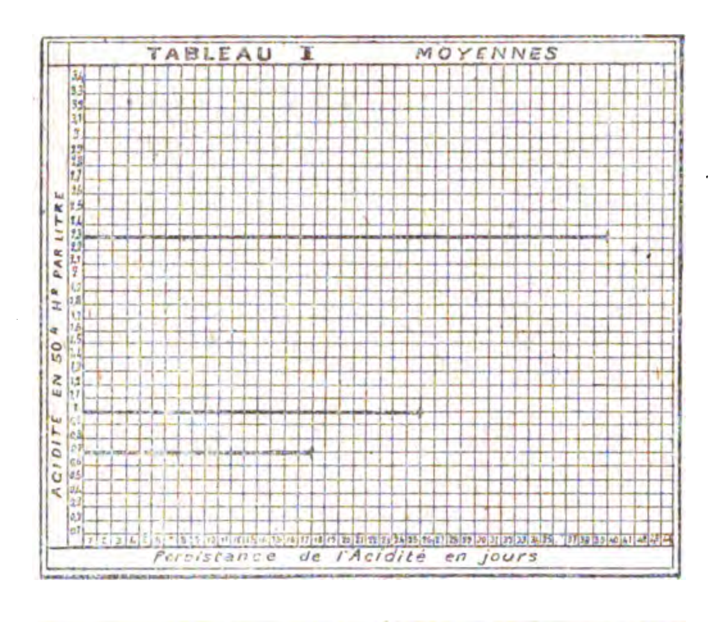
Nous conseillons de recueillir l'urine dans des vases stériles afin d'éviter l'ensemencement par le contenant, mais cette dernière précaution n'est pas toujours nécessaire. Nous avons le plus souvent utilisé les flacons d'ERLENMEYER simplement coiffés d'un cornet de papier perforé, comme le montre la figure ci-contre.

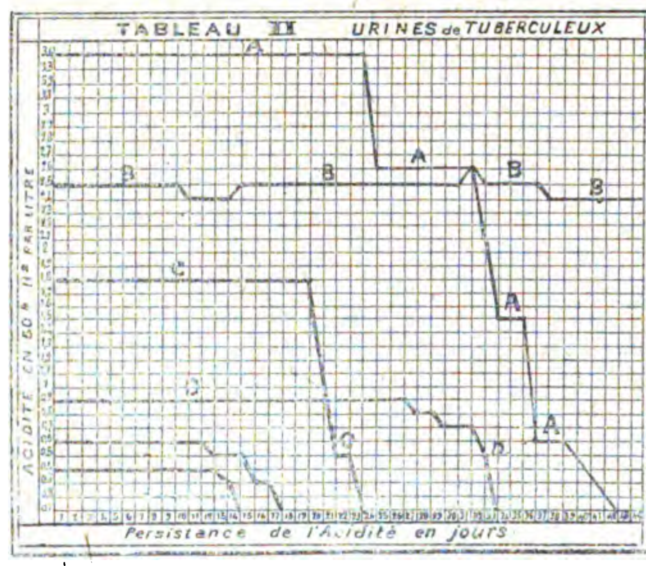


Chez les tuberculeux cette persistance augmente avec les progrès du mal (voir tableau I) ; elle est en moyenne de 17 jours au 1er degré, de 26 jours au second et de 40 jours au troisième. On pourrait croire qu'elle est super-

posable à l'acidité, mais il n'en est rien comme le montre le tableau II. L'on y voit, en effet, une urine de 3.4 d'acidité à l'émission ne conserver sa réaction que 42 jours, tandis que celle de 2.5 à l'émission est encore acide après 60 jours.

Les urines d'individus sains recueillis et conservés dans des conditions rigoureusement semblables ne gardent généralement leur acidité que de 3 à 10 jours. La moyenne de 60 observations est de 7 jours.

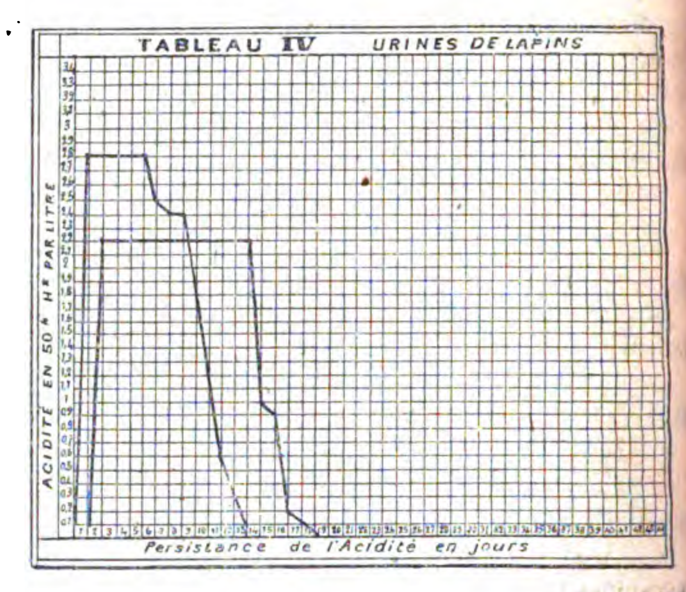


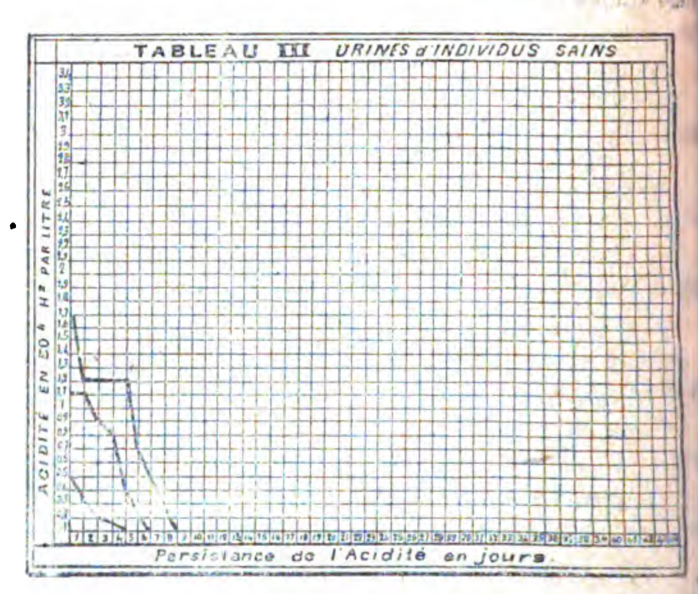


Si l'on représente par des graphiques (Tableaux II et III) les acidités journalières successives des urines des tuberculeux et de gens sains, on remarque que les premières conservent longtemps leur acidité primitive et donnent, par suite, un long plateau de début, tandis que cela ne s'observe jamais chez les autres.

Si les divers régimes influent peu sur la persistance de l'acidité urinaire chez les tuberculeux, il n'en est pas de même chez l'individu sain, où elle a un retentissement considérable.

Quelles sont les causes de cette différence ? C'est là une question délicate à résoudre, sur laquelle nous ne sommes pas encore fixé. Il est difficile en effet d'étudier, d'après les faits observés, ce qui peut faire varier l'importance





des facteurs de l'acidité urinaire que nous ne connaissio[ns] que très mal.

Pour savoir quelle était la part de la tuberculose [et] comment elle pouvait agir dans la persistance constat[ée] de l'acidité urinaire chez le tuberculeux, nous avons f[ait] les expériences suivantes (1) :

Trois lapins ont été soumis pendant six jours à

(1) Ces expériences ont été faites au Laboratoire d'Hygiène appliq[uée] de l'Institut Pasteur de Lille.

repas d'épreuve composé de foin, de choux et de pain. Au bout de ce temps, leur urine, semblable en cela aux urines des herbivores, était manifestement alcaline. Nous en conservons un comme témoin et nous injectons aux deux autres, dans la veine marginale de l'oreille, des bacilles tuberculeux virulents.

Le repas d'épreuve étant continué pendant toute la durée de l'expérience, le lapin témoin urine toujours alcalin, tandis que les deux lapins inoculés urinent acide 24 et 48 heures après l'injection. Le dosage journalier de l'acidité de ces urines nous donne un plateau de début (Voir tableau IV).

Ces lapins meurent l'un sept, l'autre quinze jours après l'inoculation.

Voici du reste leurs observations.

Lapin n° 24. — Poids 2 kil. 460. Inoculé avec 1 centimètre cube d'une émulsion de bacilles de Koch virulents.

Le jour de l'inoculation les urines sont alcalines, leur vol. est de 237 centimètres cubes.

Le lendemain l'urine des 24 heures a un volume de 60 centimètres cubes et sa réaction est acide.

Acidité en acide sulfurique par litre = 2.842.

Les variations de l'acidité de cette urine figurent au tableau IV.

De ce moment à la mort du lapin les urines journalières sont acides et ont un volume variant de 60 à 80 centimètres cubes.

Autopsie faite le jour même de la mort, on a trouvé :

Tubercules sur le foie. Rate bacillisée. Poumons avec semis de granulations.

Lapin n° 82. — Poids 2 kil. 500. Inoculé comme le lapin n° 24.

Les urines restent alcalines deux jours ; il y a polyurie : 220 et 250 centimètres cubes par jour.

Le troisième jour urine acide.

Acidité en acide sulfurique par litre = 2 223. Volume de ces urines 90 centimètres cubes.

Ce lapin meurt sept jours après, urinant toujours acide.

Autopsie. — Véritable semis de granulations sur tous les organes.

Ces faits, qu'il faudrait multiplier pour les rendre concluants, semblent montrer cependant que la tuberculose a une action réelle sur l'acidité urinaire.

Nous avions, par suite, pensé qu'il serait possible que les produits de sécrétion ou de désintégration du bacille tuberculeux empêchent le développement des germes capables de provoquer la fermentation de l'urée.

Pour vérifier cette hypothèse nous avons fait plusieurs séries d'expériences.

Nous préparons la solution suivante :

A	Urée	10 grammes
	Peptone	10 »
	Chlorure de sodium .	7 »
	Eau distillée	1000 »

que nous stérilisons.

1re *série d'expériences.* — Sur une partie de cette solution stérilisée nous avons ensemencé le bacille de Koch et porté le tout à l'étuve à 31° pendant 30 jours. Le bacille tuberculeux se développe bien. Nous stérilisons alors ce milieu à la bougie, nous le répartissons dans des tubes et nous y ensemençons le micrococcus ureæ qui est conservé au Laboratoire d'Hygiène appliqué de l'Institut Pasteur de Lille. Nous portons de nouveau le tout à l'étuve à 31°, il se développe parfaitement.

2me *série d'expériences.* — Nous ensemençons avec ce même micrococcus ureæ :

1° Solution A. — 5 tubes.

2° Solution A plus	0 c.c. 1 de tuberculine brute.	— 5 tubes	
	0 c.c. 2	id.	id.
	0 c.c. 3	id.	id.
	0 c.c. 4	id.	id.
	0 c.c. 4	id.	id.

et portons le tout à l'étuve à 31°.

Tous les tubes cultivent parfaitement.

3me *série d'expériences.* — Nous répétons la deuxième série d'expériences en substituant à la tuberculine brute la tuberculine précipitée plus pure que la précédente, et nous obtenons les mêmes résultats.

De ces expériences on peut conclure : 1° Que la présence des produits de sécrétion du bacille de Koch ne gêne pas le développement du micrococcus ureæ.

2° Que le bacille tuberculeux pousse sur des milieux renfermant de l'urée, ce qui n'a pas toujours été reconnu.

L'on pouvait encore se demander si dans ces conditions l'urée était décomposée. Des expériences en cours nous fixeront sur ce point. Les résultats déjà acquis nous permettent de penser qu'il en sera ainsi.

La persistance de l'acidité urinaire aurait pu être due à une fermentation acide. Pour vérifier cette nouvelle hypothèse, nous prélèverons plusieurs urines de tuberculeux et nous divisons chacune d'elles en deux parties. La première est conservée comme il a été dit, la deuxième est préalablement portée à l'ébullition pendant vingt minutes. La persistance de l'acidité urinaire des deux parties est à peu près semblable tantôt légèrement plus forte, tantôt légèrement plus faible, dans la partie portée à l'ébullition.

Nous poursuivons nos recherches sur ce point.

Ce qui nous paraît acquis, c'est :

1° La réaction acide à l'émission des urines de tuberculeux ne prenant pas de médicaments.

2° La persistance de cette acidité urinaire pendant un temps variant généralement de 12 jours à 3 mois et plus.

3° La forme en plateau, dès le début, du graphique représentant les variations de cette acidité pendant toute sa durée.

Nous verrons, dans une prochaine note, comment se comporte l'acidité urinaire dans les maladies à marche rapide, dans les maladies à marche lente et dans les maladies chroniques. Nous comparerons les résultats ainsi obtenus à ceux que nous avons constatés dans la tuberculose.

Consultations Médico-Chirurgicales

Insuffisance aortique

Professeur F. COMBEMALE

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un adulte, de teint pâle, dont le passé pathologique comporte une maladie infectieuse importante, rhumatisme ou syphilis de préférence, accuse des signes évidents d'ischémie cérébrale : insomnie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, battements intracrâniens, congestion et pâleur alternatives de la face, tout en se plaignant surtout de douleurs rétrosternales, de sensations d'angoisse, d'accès de dyspnée ; ces malaises sont au minimum et ne retiennent pas en raison de leur caractère passager l'attention du malade. A l'occasion d'une poussée congestive pulmonaire, d'un œdème aigu du poumon ou d'un point d'apoplexie pulmonaire, on découvre que le pouls radial, fort et bondissant, présente une dépression subite succédant à une diastole artérielle brusque et élevée, que la tension dépasse 20 et atteint parfois 25 et 30, que toutes les artères visibles sont en danse, carotides, sous-clavières, faciales, collatérales des doigts même, que le pouls capillaire se lit aux ongles, qu'à la tête et à la jambe sont transmis de manière apparente des secousses rythmiques synchrones au pouls. L'examen du cœur révèle que la pointe bat sur un large espace, que la pointe est abaissée au sixième espace, que le choc est accentué et donne à la main qui palpe une sensation de globe en contraction, que la matité précordiale est augmentée, qu'un souffle doux, filé, aspiratif s'entend au second temps à la base ayant son maximum au troisième cartilage costal droit et se propageant vers la pointe le long du bord du sternum. Sur le trajet de la crurale un double souffle peut s'entendre au sthétoscope. C'est un cas d'*insuffisance aortique, type maladie de Corrigan.*

II. — Un vieillard, athéromateux ou artério-scléreux avéré, présente les mêmes symptômes et les mêmes signes que l'adulte ci-dessus ; toutefois, on note en plus que ses artères sous-clavières sont surélevées à gauche comme à droite, que la matité aortique déborde le bord droit du sternum, qu'un double bruit de souffle sous-claviculaire droit existe. C'est l'œdème des jambes, ou de l'œdème pulmonaire subaigu qui ont amené l'auscultation du cœur et fait découvrir la lésion. C'est un cas d'*insuffisance aortique, type de maladie de Hogdson.*

Dans bien des cas, la lésion sera ancienne, sera restée compensée de longues années. Le diagnostic n'aura été porté que quand le myocarde sera devenu insuffisant, quand l'hyposystolie commencera, alors que d'aortique le malade sera devenu cliniquement un mitral ; néanmoins le diagnostic peut être précoce. La mort subite par syncope du fait d'une émotion morale, d'un effort, ou par l'angine de poitrine, ou par embolie, reste le point sombre du pronostic.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Par suite de l'inocclusion des valvules aortiques, l'ondée sanguine envoyée à la périphérie est insuffisante, d'où anémie du cœur, dont les coronaires sont mal irriguées, d'où anémie de la tête et du cerveau : en raison de cette même inocclusion valvulaire à chaque diastole, une partie de l'ondée sanguine reflue dans le ventricule gauche qui s'hypertrophie, se laisse par instants dilater, et ne vide plus l'oreillette et les veines pulmonaires qu'il commande ; d'où œdèmes pulmonaires, apoplexie, autant par encombrement que par exagération de la pression. Assurer l'irrigation régulière du cœur et du cerveau, maintenir la tension artérielle aux taux voisin de la normale, telles sont les indications capitales de l'insuffisance aortique. Combattre la cause dans les cas accessibles à la thérapeutique n'est pas sans intérêt non plus.

TRAITEMENT. — La cause, le moment de l'évolution, les accidents, qui en émaillent le cours commandent des moyens différents de traitement de l'insuffisance aortique,

TRAITEMENT CAUSAL. — L'inutilité d'un traitement causal a longtemps été acceptée. Il ne faut cependant pas se croiser les bras sur la foi de cette croyance.

Syphilis. — La syphilis peut elle être incriminée avec quelque vraisemblance, un tabes commençant étant par exemple contemporain de la cardiopathie, il faudra tenter le **traitement spécifique** intensif. L'injection de sels solubles de mercure sera préférée, parce que peu douloureuse, et pouvant être facilement continuée.

Artériosclérose. — Si la cardiopathie dépend de l'artériosclérose, un **régime alimentaire** sévère, une antisepsie intestinale rigoureuse, une hygiène métho-

dique d'où sont prescrits les efforts, la marche, les repas copieux, l'alcool, le café, le tabac, le froid, les émotions auront des chances d'arrêter les progrès de l'affection ; des doses quotidiennes permanentes d'iodure de potassium de 0 gr. 50 à 1 gr. aideront à ce résultat (1). Si l'origine est rhumatismale, cette même hygiène particulière a chance de retarder nettement la venue de la période de décompensation et la survenue des accidents, qui font partie du cortège clinique de l'insuffisance aortique et rendent son pronostic si terrible.

TRAITEMENT DES ACCIDENTS. — Les accidents peuvent être rangés sous trois groupes : d'ordre névralgique, dépendant de l'hypertension artérielle, du spasme des vaisseaux périphériques.

Accidents d'ordre névralgique. — Parmi ces accidents sont les accès d'angine de poitrine ou de fausse angine de poitrine, les sensations douloureuses rétrosternales.

Angine de poitrine. — L'inhalation de quelques gouttes de **nitrite d'amyle** soulagera un premier accès en amenant une dilatation très rapide des vaisseaux de la face, en faisant s'évanouir la sensation angoissante si terrible : si l'accès se répète, la piqûre de **morphine** viendra renforcer une nouvelle inhalation amylique ; si une syncope ou une parésie cardiaque se produisent au cours d'une série d'accès, la caféine, l'éther, l'**huile camphrée** sont nécessaires et urgentes.

Fausse angine de poitrine. — La périodicité et la prolongation des douleurs fait le diagnostic différentiel de l'angine de poitrine : dans ce cas l'inhalation de **chloroforme** à la reine doit être préférée.

Douleurs rétrosternales. — La permanence des douleurs rétrosternales incite à une thérapeutique active. Mettre le malade au **régime lacté absolu**, c'est déjà préparer une amélioration à brève échéance. Il faut toutefois y ajouter l'**antipyrine** à la dose de deux à trois grammes par jour, en cachets ou sous la forme de potion efferves- cente. **Cette médication est de beaucoup préférable aux révulsifs, ventouses scarifiées, pointes de feu, cautères placés sur la région précordiale.** L'immobilité au lit, l'application des compresses chaudes ou le sac de glace sur la région douloureuse ne sont de mise que si l'on soupçonne, de par la durée et l'intensité des douleurs, une poussée de périaortite.

Accidents de l'hypertension. — Faisant partie intégrante de la symptomatologie clinique de l'insuffisance aortique, l'hypertension doit être ramenée à des limites compatibles avec le bon fonctionnement des organes ; ne pas provoquer de battements intracrâniens, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de l'insomnie en particulier, ne pas préparer la mort subite par la tendance à la syncope.

(1) Cfr. ARTERIOSCLÉROSE. *Écho Médical du Nord*, 1901, p. 69.

Le **repos** et le **régime lacté**, traitement général de toutes les cardiopathies, sont à eux seuls le plus souvent suivis de bons effets. Cependant, il semble bien que l'**iode** soit parmi les agents médicamenteux hypotenseurs réels, et il est admis que les iodiques doivent être donnés. L'iode métalloïdique devant être préféré aux sels qu'il contribue à former le **sirop iodo-tannique** sera prescrit à raison de deux à trois cuillerées à café par jour, ce qui équivaut à deux centigrammes d'iode. Si l'on s'adresse à l'iodure, ce sont des doses de 0,50 à 1 gramme qui seront ingérées quotidiennement ; la solution chloro-bromo-iodurée suivante peut rendre des services :

Bromure de potassium	2 gr. 50
Iodure de sodium	5 grammes
Chlorure de sodium	10 grammes
Eau	100 grammes

une à deux cuillerées à café par jour.

Il existe d'autres moyens médicamentaux prétendûment hypotensifs, tels le lactoserum de Blondel, le sérum de Trunecek, à la dose de 5 cent. cubes le matin à jeun. **La confiance en ces sérums hypertoniques ne s'est pas encore imposée, pas plus que la d'Arsonvalisation,** ou électrisation par courants interrompus à hautes fréquences comme moyen physique.

Accidents dépendant du spasme des vaisseaux périphériques. — Les palpitations, la pâleur de la face, les accès de dyspnée, la tendance à la syncope ressortissent au spasme des vaisseaux périphériques, qu'il faut ou rompre ou prévenir.

Il est bien démontré à l'heure actuelle par l'expérimentation que les **nitrites** ont une action efficace contre ces troubles. La clinique a permis d'observer que les nitrites organiques, le nitrite d'amyle par exemple, sont à préférer, quand l'effet immédiat est recherché, les nitrites inorganiques, au contraire, quand le résultat est à obtenir à plus longue échéance. Dans les cas pressants, à côté du nitrite d'amyle se place la **trinitine**; dont les propriétés sont les mêmes, et qu'on emploie sous forme de solution

Solution alcoolique de trinitrine à 1 p. 100	1 gramme
Eau distillée	100 grammes

deux à trois cuillerées à bouche par jour.

ou bien sous forme de tablettes contenant un demi-milligramme de trinitrine et 1 milligr. de menthol, que le malade porte sur lui dans un flacon.

Le **tetranitrol** en comprimés à la dose de quelques centigrammes par jour, peut aussi suppléer la trinitrine.

Quand les symptômes spasmodiques ne commandent point l'urgence, la solution de LAUDER-BRUNTON doit être employée.

Nitrite de soude	5 grammes
Nitrate de potasse	5 grammes
Carbonate de soude	10 grammes
Eau distillée	300 grammes

une à trois cuillerées à café par jour.

Œdème aigu du poumon. — Ce terrible et rapide accident de l'insuffisance aortique, qui se diagnostique par la dyspnée et les crachats spumeux et rosés qui encombrent l'arbre respiratoire est justiciable d'une **saignée** abondante et non différée.

On joindra sans préjudice pour le malade à cette intervention, héroïque à elle seule, surtout si l'on voit que la dyspnée persiste, la **morphine**, sous forme de petites injections d'un demi-centigramme répétées quatre fois par jour. Le **nitrite d'amyle** ne sera pas non plus inutile. Il s'agit d'un traitement d'urgence.

TRAITEMENT SUIVANT LA PHASE. — Tout le temps que l'hypertrophie du ventricule gauche réalise la compensation dont on doit poursuivre et obtenir le maintien prolongé, le traitement s'adresse ou à la cause ou aux accidents et ne doit pas être être autre que celui qu'on vient d'indiquer.

Mais, quand le myocarde fléchit, quand l'hyposystolie survient, la médication hypotensive n'est plus de mise ; laissez alors l'iodure de potassium, usez moins de nitrites ; redoublez les soins hygiéniques pour retarder l'asystolie.

La période mitrale va s'installer, et son évolution sera bien plus rapide que chez les mitraux vrais ; transitoirement, et malgré que le pouls reste bondissant encore, malgré que le cœur périphérique paraisse bon, vous donnerez un peu de **digitaline**, vingt gouttes par exemple, de la solution hydroalcoolique au centième, parce que le cœur central fléchit. En même temps, vous ferez la déplétion des œdèmes des jambes par les **mouchetures** ou les tubes de Southey ; vous décongestionnerez le foie par le drastique

Eau-de-vie allemande	12 grammes
Sirop de nerpruns	12 grammes
Limonade citrique	120 grammes

ou par quelques 0 gr. 40 de **calomel**. Et vous insisterez sur le **régime lacté** pour tarir l'albuminerie ou hâter la résolution des œdèmes pulmonaires tenaces. Au bout de quelques attaques d'asystolie semblables qui seront bientôt subintrantes, tous efforts thérapeutiques seront vains pour galvaniser un cœur fourbu, dilaté, forcé à jamais.

Impétigo

Docteur Bertin.

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un enfant est atteint depuis plusieurs jours d'une éruption siégeant particulièrement sur le visage et au pourtour des orifices naturels, caractérisée par l'apparition de croûtes épaisses dont l'étendue et le nombre augmentent sensiblement chaque jour, croûtes d'une belle couleur jaune comparable à celle du miel et qui passe progressivement au brun roussâtre. Rapidement, le cuir chevelu, les sillons rétro-auriculaires ont été envahis, et l'on retrouve sur la tête les mêmes croûtes épaisses, mélicériques, qui agglutinent les cheveux, en formant de véritables gâteaux accolés à la peau. Sur le reste du corps les éléments sont plus rares. C'est aux jambes et aux pieds qu'il faut les rechercher, ou aux mains, au pourtour des ongles. Il s'agit ici d'une poussée d'*impétigo aigu*.

En suite d'un stade éphémère constitué par une tache érythémateuse, de 3 ou 4 millimètres de diamètre et rarement constaté, la phlyctène claire et translucide, dont le contenu ne tarde pas à devenir purulent, doit être recherchée, comme l'élément essentiel de l'impétigo. Spontanément, ou sous l'influence d'un traumatisme, le phlyctène se rompra, et son contenu, desséché, donnera naissance à la croûte mélicérique. Les surfaces malades continuant à suppurer sous les croûtes, celles-ci ne tardent pas à s'épaissir et à s'étendre. Des éléments voisins peuvent ainsi se fusionner, et former de vastes concrétions, caractéristiques de l'affection. L'état général reste bon. A peine un léger mouvement fébrile marque-t-il le début de l'affection, qui occasionne parfois à sa période d'état une faible réaction ganglionnaire. Le plus souvent, même en l'absence de tout traitement, après une série de poussées successives, les croûtes tombent en laissant à leur place une tache rouge qui s'efface petit à petit.

II. α) Un malade atteint d'impétigo présente en même temps sur le corps des lésions de grattage. Les croûtes n'occupent plus leur siège de prédilection (face et pourtour des orifices naturels). On retrouve des lésions à la paume des mains, à la verge. Un examen minutieux fait découvrir un sillon caractéristique et porter le diagnostic d'*impetigo scabieux*.

β Chez un enfant, chez une femme à cheveux longs, on trouve à la fois dans le cuir chevelu des croûtes impétigineuses, des poux et des lentes. Mais ici, sous l'influence du grattage, ces croûtes ont été détachées, morcelées, sous forme de granulations jaunâtres adhérentes au cheveu à différentes hauteurs. C'est l'*impétigo granulata* des anciens auteurs.

γ. A côté des croûtes impétigineuses du cuir chevelu, on trouve des placards arrondis, sur lesquels les cheveux sont gris, cassés à quelques millimètres de leur racine. Ou bien encore, l'examen attentif fait découvrir quelques godets faviques, ou les cheveux caractéristique de la teigne tondante à grosses spores. C'est ici un *impétigo masquant une affection cryptogamique* du cuir chevelu Ce n'est que par l'examen microscopique que la nature véritable de l'affection déjà soupçonnée par l'examen clinique pourra être affirmée.

Dans toutes ces variétés, il s'agit d'IMPÉTIGOS PARASITAIRES, l'affection s'étant développée grâce aux excoriations, aux lésions de grattage, aux effractions épidermiques qui ont créé de véritables portes d'entrée.

III. — α) Chez un enfant en état de misère physiologique et porteur d'un impétigo caractérisé, on trouve sur le bord libre des paupières un ou plusieurs orgelets, et à l'angle interne de l'œil vient sourdre une gouttelette de pus. D'autres fois, l'œil lui-même est atteint, c'est la kératite phlycténulaire avec toutes ses conséquences.

β) Chez un autre enfant atteint d'impétigo et mal soigné, les follicules pilo-sébacés se sont infectés, d'où la production soit d'une périfolliculite centrée par un poil follet, soit d'un véritable abcès furonculeux, soit même d'une infection profonde du derme, amenant de véritables ulcérations plus ou moins creuses, plus ou moins étendues.

γ) Chez ces mêmes sujets, les différentes localisations forment des foyers microbiens latents. Le streptocoque peut, dans certaines conditions, retrouver sa virulence première, et ces foyers vont devenir le point de départ de nouvelles poussées aiguës, ce sera l'*impétigo récidivant*.

Chez les sujets, surtout les enfants, mal soignés, surviennent les COMPLICATIONS LOCALES DE L'IMPÉTIGO, les microbes causant l'impétigo trouvant à la surface de la peau un excellent milieu de culture.

IV. — Après avoir souffert de poussées récidivantes d'impétigo aigu, l'enfant présente généralement un facies spécial. Aux paupières, on retrouve pendant des années la *blépharite impétigineuse*. Un écoulement nasal persiste pendant fort longtemps, et le matin l'enfant rejette en se mouchant des croûtes épaisses. Les commissures labiales sont exulcérées, recouvertes d'un exsudat léger : c'est la *perlèche impétigineuse*. Sous l'influence des poussées répétées, les téguments vont s'épaissir et s'œdématier, en particulier la lèvre supérieure. Enfin et surtout, l'état général se déprime sous l'influence des infections successives. Les ganglions sous-maxillaires restés empâtés, légèrement douloureux, vont devenir un excellent milieu de culture pour le bacille de Koch. Ce sont là les RELIQUATS ET COMPLICATIONS GÉNÉRALES DE L'IMPÉTIGO dont BAZIN faisait le premier stade de la scrofule.

INDICATIONS PATHOGENIQUES. — Les épidémies familiales et scolaires observées, l'autoinoculabilité démontrée par la dissémination sur le même individu, enfin des expériences probantes permettent d'affirmer le caractère contagieux de l'impétigo. L'agent causal serait le streptocoque, rencontré rarement isolé d'ailleurs et au bout de quelques jours associé en particulier au staphylocoque dans la phlyctène. L'inoculation intradermique sous-cornée de ces microbes crée et entretient l'impétigo, chez les sujets à peau fine, peu résistante, tels les enfants, les lymphatiques, les strumeux. Toutes ces notions orientent le traitement vers l'asepsie et l'hygiène.

TRAITEMENT. — Prophylactique, s'adressant à l'état général et à l'état local, tel doit être le traitement de l'impétigo.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — L'impétigo étant une maladie contagieuse, **tout enfant qui en est atteint devrait être isolé.** En pratique, on peut se contenter d'exiger des malades des soins de **propreté** très rigoureux, de faire couvrir d'un pansement occlusif toutes les régions atteintes, de proscrire l'usage commun des objets de toilette.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — L'impétigo aigu franc ne demande pas de traitement général. Mais chez les lymphatiques, lorsque l'affection a tendance à devenir chronique, il sera de la plus haute importance, et on aura recours aux différents moyens employés dans ce but : **huile de foie de morue**, reconstituants, etc.

TRAITEMENT LOCAL. — L'impétigo aigu demande des soins spéciaux, qui ne sont point nécessaires pour l'impétigo parasitaire.

Impétigo aigu. — La première indication consiste à faire tomber les croûtes, derrière lesquelles sont masquées les véritables lésions actives, qu'il faut atteindre. Cette indication sera facilement remplie par l'application de **cataplasmes aseptiques** ou de pansements humides très légèrement antiseptiques.

Les croûtes tombées, on trouve une érosion superficielle, suintant abondamment. Le topique de choix est alors l'**eau d'Alibour**, médicament de l'ancienne pharmacopée modifié et remis en honneur par SABOURAUD. En voici la formule :

Eau camphrée saturée et filtrée.........	200 grammes
Sulfate de cuivre..........................	2 grammes
Sulfate de zinc............................	7 grammes

Pour l'usage, cette solution sera étendue de deux fois son volume d'eau. Il importe d'insister sur la **nécessité de filtrer l'eau camphrée.** Les paillettes de camphre qu'elle pourrait contenir sont en effet extrêmement irritantes pour la peau, et occasionneraient des nécroses suivies de cicatrices indélébiles. Toutes les deux heures environ, on fera toucher les parties malades avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de cette solution. Assez rapidement les lésions cesseront de s'accroître et de suinter. On emploiera alors avec profit une pâte légèrement antiseptique, au **borate de soude** par exemple, ou la pommade préconisée par VIDAL :

Cérat sans eau............................	20 grammes
Huile de cade.............................	1 gramme
Précipité jaune...........................	0 gr. 50

A côté des lésions croûteuses, on peut rencontrer des éléments en voie de formation, qu'il importe de traiter énergiquement si l'on veut arrêter rapidement l'extension de la maladie. La phlyctène sera très largement ouverte avec des ciseaux, et sur l'exulcération, on appliquera comme précédemment de l'eau d'Alibour.

Impétigos parasitaires. — Dans le traitement de l'impétigo parasitaire, on relèguera au second plan l'impétigo, élément surajouté, et c'est la thérapeutique spéciale à chaque affection qui donnera les meilleurs résultats.

Impétigo scabieux. — L'impétigo scabieux sera de préférence soigné par la **frotte**, qui aura pour résultat immédiat d'arrêter le développement des pustules. Mais il est des cas dans lesquels l'étendue des lésions rend cette thérapeutique impossible. On emploiera alors les pommades au baume du Pérou, au naphtol, etc.

Impétigo phtiriasique. — Le premier temps du traitement de l'impétigo phtiriasique consistait autrefois et consiste souvent encore à couper les cheveux entièrement. Chez les jeunes femmes, on peut éviter ce sacrifice avec un peu de patience. Sabouraud recommande de mouiller très abondamment les cheveux avec la liqueur suivante :

Bichlorure de mercure	1 gramme
Acide acétique cristallisable	4 grammes
Alcool à 90°	āā 200 grammes
Eau distillée	

et de recouvrir la tête avec un bonnet de caoutchouc. Le bichlorure de mercure agit comme parasiticide, l'acide acétique dissout la coque des œufs. Après deux ou trois heures d'application, on peigne au peigne fin. S'il y a lieu, le traitement sera recommencé deux ou trois jours plus tard. La phtiriase disparue, l'impétigo guérit spontanément.

Convenablement traité par ces moyens très simples, l'impétigo est une maladie extrêmement bénigne, qui guérit rapidement, sans laisser de traces.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 9 Mars 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Persistance de l'acidité urinaire au cours de la tuberculose

M. **Malméjac** communique à la Société un Travail dont le texte est reproduit *in-extenso dans le présent numéro.*

M. **Charmeil.** — Les régimes ayant une grande influence sur l'acidité urinaire, je demanderai à M. Malméjac s'il a tenu compte des variations de régime chez les différents individus observés.

M. **Malméjac.** — Mes expériences ont été faites sur des races très diverses et sous les climats les plus différents. Commencées en 1898 à Toul, elles se sont poursuivies pendant quatre ans en Algérie : (à Sétif sur les hauts plateaux du Tell ; à Biskra dans le Sud ; à Philippeville à la côte) et enfin à Lille. Nous avons eu aussi des urines de Lorrains, de Flamands, d'Arabes sédentaires et nomades, de Maltais, d'Espagnols, d'Italiens, d'Anglais et d'Allemands, sujets dont les régimes sont les plus dissemblables.

M. **Gérard** à cette occasion fait remarquer le fait cité par Albarran que dans la tuberculose rénale, les urines purulentes sont acides. M. Gérard pense que cette acidité pourrait peut-être s'expliquer par une plus grande abondance, dans ces urines, des amino-acides qui y joueraient le rôle d'antiseptiques et qu'il se pourrait que les urines renferment un produit sécrété, dans la bacillose, qui s'opposerait à la pullulation des microbes urophages.

M. **Malméjac,** tout en reconnaissant que cela pourrait être une des causes de la persistance de l'acidité urinaire chez les tuberculeux, pense que la présence de ces corps dans l'urine est loin de pouvoir expliquer tous les faits qu'il a observés. Il faudrait, dit-il, que ces amino-acides ne jouent le rôle d'antiseptiques que pendant un temps très variable, les urines des tuberculeux subissant toutes à un moment donné la fermentation ammoniacale ; d'autre part ces urines sont très rapidement envahies par les divers germes de cette fermentation.

Du reste, tant que l'on ne sera pas fixé sur la valeur et sur le nombre des facteurs de l'acidité urinaire, il sera toujours très difficile d'étudier les causes qui peuvent agir sur eux.

M. **Gérard.** — M. Malméjac a étudié les variations de l'acidité apparente et absolue dans la tuberculose, mais l'on connaît aujourd'hui, grâce aux méthodes physico-chimiques que l'urine a une réaction bien différente de celle admise jusqu'ici.

M. **Malméjac.** — Ces acidités sont toutes assez mal définies et nous pensons que l'on peut employer pour l'étude des variations de l'acidité urinaire les méthodes généralement admises qui ne sont ni plus ni moins critiquables que les nouvelles : c'est ce que nous avons fait.

Plaies contuses de la jambe et méthode de Bier.

M. **Thooris** fait une communication dont le compte-rendu *est reproduit in-extenso dans le présent numéro.*

M. **Combemale** demande quel est le mode d'application de la méthode.

M. **Thooris** emploie la bande mollement serrée pour les

plaies de jambe et les hydarthroses, la ventouse pour l'hydroadénite.

M. **J. Colle** rappelle que Bier laisse la bande vingt-deux heures sur vingt-quatre dans les inflammations aiguës, deux heures dans les affections chroniques. La méthode employée dans le service de M. Folet a donné des résultats très différents, bons pour les petits phlegmons des extrémités, incertains pour les abcès froids.

M. **Thooris** emploie une méthode toute différente de celle de Bier. Il cherche à produire une hypérémie toute passagère et,le phénomène acquis, il ne pense pas utile de le prolonger.

M. **Debeyre** a vu la méthode de Bier employée par son auteur. Il n'existe aucune comparaison entre cette dernière et celle décrite par M. Thooris. Celle-ci mériterait plutôt d'être appelée constriction locale que méthode de Bier modifiée. Bier provoque l'hypérémie veineuse à son plus haut degré.

M. **Charmeil** voit souvent des ulcères de jambe produits chez des individus variqueux, dont l'hypérémie veineuse est entretenue par une cicatrice, par une bride fibreuse par exemple. Il semble que dans ces cas où la constriction est pathologique, il en résulte plutôt une fragilité des téguments, qu'une hyperactivité nutritive.

M. **Surmont** trouve grand intérêt aux résultats acquis par M. Thooris, quel que soit le nom exact que mérite le procédé employé.

M. **Oui** considère comme très intéressants les faits apportés par M. Thooris. La rapidité des résultats obtenus fait un contraste frappant avec la lenteur habituelle de la cicatrisation de ces plaies, lenteur reconnue et proclamée par tous les médecins militaires.

En présence de l'intérêt de la communication de M. Thooris, la discussion sur l'emploi de la méthode de Bier est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Cancer du col utérin

M. **Le Fort**. — La pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société de Médecine, est un utérus enlevé ce matin pour cancer du col. La malade était une femme de 38 ans, d'une parfaite santé, plutôt obèse, chez qui les premiers symptômes de l'affection se manifestèrent il y a environ dix mois. Comme cela a lieu trop souvent, c'est il y a quelques jours seulement qu'elle consulta son médecin, M. le docteur Richard, qui, ayant de suite porté le diagnostic, nous confia le soin de l'intervention nécessaire. Le col était énorme, un gros bourgeonnement cancéreux, du volume d'un œuf et sénile emplissait le vagin, et c'est avec difficulté qu'il fut possible de se rendre compte que celui-ci n'était pas envahi. Les ligaments larges paraissaient souples. Dans ces conditions, je proposai à la malade et exécutai une intervention en deux temps. Dans le premier, je fis le curettage du col suivi d'une cautérisation au thermo pour supprimer la tumeur et désinfecter le col ; dans le second, je pratiquai la laparatomie exploratrice d'abord, curatrice éventuellement. Après libération de quelques adhérences inflammatoires des annexes du côté gauche, le néoplasme ne paraissant pas avoir dépassé beaucoup le col, je fis l'hystérectomie vaginale totale, enlevant avec l'utérus les trompes, ovaires, ligaments larges, et une bonne collerette de vagin. L'uretère gauche fut mis à nu sur une longueur de 6 à 8 centimètres au cours de la dissection.

La pièce que voici n'est réellement intéressante qu'à un point de vue : elle démontre l'excellent effet du curettage du col suivi de cautérisation. Au lieu du chou-fleur volumineux que présentait la malade il y a quelques jours, on voit ici un col d'aspect presque normal. Le fait a peu d'importance dans le cas particulier puisque le curage du col a été suivi de l'hystérectomie totale, mais il est curieux de voir quel beau résultat immédiat peut donner l'opération palliative quand elle seule, comme c'est le cas trop fréquent, est encore praticable.

Comme premier temps de l'intervention abdominale, et suivi d'injections antiseptiques chaudes pendant deux ou trois jours, le curage du col suivi d'une ample cautérisation au fer rouge me paraît être le procédé de choix.

Sarcome fibro-plastique de l'orbite

MM. **Gaudier** et **Debeyre** présentent l'observation suivante :

Homme, 26 ans. Mineur, pas d'antécédents héréditaires, père et mère vivants, une sœur morte, deux frères morts. Entre à l'hôpital (service du docteur Baudry) le 19 février 1906, pour une tumeur réductible de l'orbite, sous-oculaire. On sent, au-dessus du rebord orbitaire inférieur, une masse molle, non pulsatile, non fluctuante, non adhérente à la peau et aux tissus sous-cutanés, et qui, à la pression, se réduit complètement dans l'orbite, sans exophtalmie consécutive, ni troubles de la vue. Cette tumeur est survenue six mois auparavant ; grossissant petit à petit, et acquérant finalement le volume d'une petite noix, sans symptômes locaux douloureux (ni modification de l'état général). Pas de ganglions préauriculaires. M. Baudry fait une ponction exploratrice qui ramène du sang pur.

L'aiguille retirée, il se fait une suffusion sanguine considérable dans les tissus voisins. M. Baudry hésite entre un angiôme et un angio-sarcôme. Il veut bien nous confier le malade, que nous opérons le 23 février.

Incision suivant le rebord orbitaire inférieur. On arrive sur une masse noyée dans la graisse sous-orbitaire, aplatie, très saignante, entourée de veines variqueuses et qu'on

peut extirper complètement. Suture au crin. Drainage capillaire, retiré le deuxième jour. Pansement au taffetas d'Angleterre.

Le malade, revu le 6 mars, est totalement guéri. Il n'y a pas de sensation de tuméfaction orbitaire. La suture est souple.

Examen de la tumeur par le docteur Debeyre.

Dans cette préparation, colorée par le ponceau S extra-aqueux, suivant la méthode du professeur Curtis, on aperçoit surtout des cellules conjonctives fusiformes, les cellules fibro-plastiques de Lebert et Robin et, de place en place, entre ces cellules, de larges lacs sanguins, sans limite précise et ne présentant aucun revêtement endothélial.

Le sang s'infiltre entre les éléments du tissu et les dissocié par endroit. Il s'agit donc bien d'hémorragie interstitielle.

La tumeur est, par conséquent, un sarcome fibro-plastique avec foyers hémorragiques multiples ; tumeur récidivante, mais moins grave en général que les sarcomes à petites cellules.

M. Lambret a observé un sarcome du cou avec généralisation et ganglions carotidiens. L'examen histologique a révélé qu'il s'agissait de sarcome embryonnaire à petites cellules. Malgré un pronostic grave la récidive n'a pas eu lieu et le malade est bien portant, plusieurs années après l'opération.

Endocardite streptococcique d'origine puerpérale

M. Breton présente à la Société une pièce anatomique, un cœur, provenant d'une malade hospitalisée dans le service de M. le professeur Combemale. Cette malade soignée en ville par M. le docteur Deschemacker a fait une perte 3 mois avant son hospitalisation. Cet avortement fut suivi d'accidents fébriles qui s'amendèrent quelques jours après leur apparition. Un mois après ces phénomènes, des arthrites localisées aux petites articulations métatarso-phalangiennes manifestèrent un réveil d'infection.

Après une nouvelle rétrocession, apparurent successivement comme des localisations infectieuses, des accidents pseudo-péritonéaux, enfin un état typhoïde au cours duquel une hémiplégie droite avec aphasie se produisit. L'examen du sang et les ensemencements pratiqués par M. le docteur Vanstenberghe montrèrent l'existence de streptocoques à l'état de pureté.

Le diagnostic d'endocardite infectieuse à forme typhoïde porté avant la mort fut confirmé à l'autopsie.

On trouva une perforation d'une des valvules aortique et un gros champignon sur une autre valvule.

Le siège de la localisation aux valvules aortiques, la longévité des accidents qui ont abouti à la mort nous ont semblé dignes d'attirer l'attention de la Société.

M. Oui. — Le cas que vient de rapporter M. Breton est extrêmement intéressant. Il est très rare, en effet, de voir évoluer aussi lentement une infection puerpérale. Il est toutefois regrettable que l'autopsie n'ait pas pu être faite complètement. Peut-être eût-on trouvé des lésions suppurées dans d'autres organes, car il s'agit vraisemblablement, ici, d'une pyohémie à forme prolongée.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenances de thèse

M. P. Leclercq, de Contrisson (Meuse), externe des hôpitaux de Lille, a soutenu avec succès, le mardi 27 Mars 1906, sa thèse de doctorat, (n° 21), intitulée : **Contribution à l'étude du paratyphus.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mardouz, de Lyon ; Véru de Calais ; Deswettières d'Orchies ; Tison, d'Avesnes-lez-Aubert (Nord). Nous adressons à la famille de ces confrères l'expression de nos biens vives condoléances.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Précis de médecine légale**, par le docteur V. Balthazard, volume de la Bibliothèque du doctorat en médecine, Paris, *Baillière*, 1906.

— **Contribution à l'étude du chimisme hépatique dans les maladies du foie**, par le docteur Maurice Dehon, Lille, *Le Bigot*, 1906.

— **Des injections profondes d'alcool cocaïné ou stovaïné dans les névralgies faciales rebelles et dans d'autres névralgies**, par le docteur Ostwald, Paris, *Legé*, 1906.

— **La leva militare dal punto di vista morale**, par le docteur L. Scarano, extrait de la *Rivista militare italiana*, 1905.

N° 482. Dixième Année. N° 14. Le Numéro : 10 centimes 8 Avril 1906

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale infantile

Sur un cas d'érythème infectieux récidivant

par le Dr **Déléarde**, agrégé,
chargé du cours de clinique médicale infantile

Leçon clinique recueillie par M. **Déremaux**, interne
du Pavillon de la Diphtérie.

MESSIEURS,

La relation d'un cas d'érythème infectieux simulant à s'y méprendre la scarlatine laisse toujours quelque doute dans l'esprit de l'observateur sur la réalité de cette première maladie d'autant plus que la scarlatine peut s'éloigner de mille façons de la forme classique décrite dans tous les ouvrages.

La différence entre chacune de ces infections est en effet parfois si malaisée à établir qu'il faut relever avec soin tous les signes qui apparaissent au cours de l'évolution de la maladie, ou tenir compte de la convalescence pour faire sinon un diagnostic immédiat, du moins un diagnostic rétrospectif.

C'est d'un cas de ce genre que je voudrais vous parler aujourd'hui et vous exposer les réflexions suggérées par l'histoire clinique de cette jeune malade.

Le 30 décembre 1905 entre au pavillon des contagieux la nommée Sarah L.., âgée de 6 ans, souffrante depuis le début de décembre. La maladie a commencé par de la fièvre, des vomissements, accompagnés d'un léger mal de gorge. Vers le 20 du mois une première éruption apparaît à la figure, et un médecin, consulté par la famille, pose le diagnostic de rougeole. Cette éruption est très éphémère mais à la suite d'un refroidissement, le 28 décembre, l'éruption reparaît, elle se généralise cette fois à tout le corps, la fièvre est élevée, 39°; et l'enfant est amenée à l'hôpital alors que l'exanthème s'est en partie dissipé et qu'il ne reste plus qu'une desquamation furfuracée sur la figure et les membres. On pense à la rougeole et l'enfant est soumise à la balnéation tiède et à l'antisepsie des premières voies respiratoires et de la bouche.

Le 3 janvier la température monte brusquement à 40°4 en même temps qu'on note un léger catarrhe oculo-nasal, de la rougeur des amygdales, de l'adénite cervicale et une éruption qui respecte la face et qui couvre tout le corps d'une rougeur diffuse avec piqueté plus foncé : c'est l'éruption classique de la scarlatine. Le mucus pharyngien ensemencé le 3 janvier sur sérum coagulé donne au bout de 24 heures de séjour à l'étuve une culture abondante de bacilles de Loeffler et de streptocoques Les urines renferment 2 gr. 50 d'albumine par litre. L'enfant est isolée au pavillon de la diphtérie et reçoit le 4 janvier 20 cc3 de sérum de Roux. La température tombe d'un seul coup le

lendemain de l'injection, en même temps que l'albumine descend à 0,40 ctg. pour disparaître complètement au bout de huit jours.

Le 4 janvier la désquamation commence sur le corps, elle fait de tels progrès malgré les bains savonneux journaliers, que bientôt tout le derme du dos est mis à nu et que le 10 janvier on constate la formation d'escharres profondes au sacrum et aux fesses.

Le 12 janvier apparaît une 4me éruption s'accompagnant d'une nouvelle désquamation suivie d'une extension des escharres à la moitié inférieure du dos. L'état général de l'enfant, du fait de l'infection des escharres par l'urine et les matières fécales qu'elle abandonne sous elle, devient très mauvais ; la température remonte à 40°, l'émaciation est profonde et la vie de la petite malade reste menacée pendant plusieurs jours. Mais peu à peu, sous l'influence des pansements à la vaseline aseptique et de lavages à l'eau oxygénée, les escharres s'épidermisent lentement. Aujourd'hui 28 février il ne reste qu'une petite plaie de la grandeur d'un pièce de deux francs, au niveau du grand trochanter gauche ; on peut considérer l'enfant comme guérie.

Si l'on jette maintenant un coup d'œil d'ensemble sur l'histoire de la jeune L..., on note deux éruptions suivies de desquamation avant son entrée à l'hôpital, dans le courant du mois de décembre, et deux éruptions à l'hôpital en janvier, dont la première, scarlatiniforme, apparaissant le 3 janvier en même temps qu'une diphtérie pharyngée, de peu d'intensité, soignée dès le début par la sérothérapie qui empêche la formation de fausses membranes, éruption qui ne tarde pas à s'accompagner d'une desquamation comme on en voit rarement au cours de la scarlatine, et remarquable par son intensité au point de produire des escharres étendues et profondes mettant en péril la vie de l'enfant ; — la seconde éruption fut également suivie de desquamation. A remarquer en passant l'action bienfaisante du sérum de Roux, qui abaisse en 24 heures de 2 gr. 50 à 0 gr. 40 l'albumine urinaire.

Cette observation est, à mon avis, un bel exemple d'érythème infectieux récidivant, elle est en outre susceptible de dérouter un médecin non prévenu qui se croirait en présence ou bien d'une association de la rougeole et de la scarlatine évoluant l'une après l'autre, ou bien encore d'une récidive à brève échéance d'une de ces deux fièvres éruptives.

Il me reste maintenant à justifier le diagnostic d'érythème infectieux, mais auparavant rappelons quelques-unes des particularités de cette affection.

Les érythèmes infectieux ont été signalés au cours d'un grand nombre de maladies d'origine microbienne ; la diphtérie, la fièvre typhoïde, le choléra, les infections gastro-intestinales, la septicémie, les accidents puerpéraux, la blennorrhagie, la vaccine, la pneumonie, et dans des affections diverses, angines, ictères graves, néphrite aiguë, etc... A côté des érythèmes infectieux il faut laisser une place aux érythèmes toxiques d'origine médicamenteuse, comme ceux qui suivent les injections de sérum de Roux, et ceux remarqués après les brûlures étendues. Nous en avons observé un exemple sur un jeune enfant de vingt mois brûlé accidentellement dans le service et qui à deux reprises a présenté une éruption moitié purpurique, moitié rubéoliforme qui a été suivie d'une desquamation intense sur les deux jambes et aux mains.

Retrouve-t-on chez la jeune Sarah les conditions étiologiques ordinaires des érythèmes qu'elle a présentés à de courts intervalles, du milieu de décembre au 12 janvier ? Il m'est difficile de répondre affirmativement en ce qui concerne les accidents survenus en dehors de l'hôpital, mais pour ce qui est de ceux survenus dans le service je crois pouvoir conclure à un érythème diphtérique le 3 janvier et à un érythème sérique le 12 janvier. Il est très vraisemblable d'admettre une origine sinon analogue du moins de nature infectieuse pour les érythèmes qui sont apparus en décembre et qu'un médecin a pris pour de la rougeole ; ils ont en effet été précédés de fièvre, de vomissements, d'angine légère, signes évidents d'une infection.

Ne nous occupons plus particulièrement que de l'érythème diphtérique suffisamment intéressant pour mériter une courte étude. Signalé d'abord en Angleterre par Huxham en 1749, il fut l'objet de recherches complètes en 1858 par Germain Sée qui montre nettement son origine infectieuse et le distingue de la rougeole ou de la scarlatine évoluant en même temps que la diphtérie comme certains auteurs le prétendaient. Mussy en fait le sujet de sa thèse en 1891. Hutinel reprend la question dans un mémoire en 1892. A partir de cette époque les travaux se sont multipliés surtout depuis le traitement de la diphtérie par le sérum de Roux, en 1893, sur le compte duquel on mit d'abord les accidents érythémateux rubéoliformes ou scarlatiniformes, mais que des auteurs autorisés, Roux lui-même, Sevestre et Martin attribuèrent à des associations microbiennes et en parti-

ticulier au streptocoque. C'est du reste l'opinion qui a prévalu.

Les érythèmes infectieux survenant au cours de la diphtérie ou après son traitement par le sérum peuvent revêtir différentes formes ; c'est ainsi que l'on décrit l'érythème ortié qui est le type de l'éruption post sérique, l'érythème polymorphe, rubéolique, scarlatiniforme, purpurique, noueux. Seul l'érythème scarlatiniforme nous retiendra, car c'est un des plus fréquents au début de la diphtérie non encore traitée, et celui qui prête à plus de discussion clinique pour le diagnostic avec la scarlatine vraie.

Il apparaît le premier ou le deuxième jour de l'angine diphtérique et s'annonce par une élévation brusque de la température, en même temps que l'éruption envahit rapidement le cou, la poitrine, le dos et les membres, respectant la face. Sa couleur rouge écarlate, l'état chagriné de la peau le font ressembler, à s'y méprendre, à une véritable scarlatine. Puis deux jours après le début, quelquefois moins, la desquamation commence en grands lambeaux au niveau des mains et des pieds.

A peine la desquamation est-elle diminuée qu'une nouvelle poussée d'érythème peut apparaître et cela pendant des semaines, jusqu'à épuisement de l'infection ou mort du malade. La gorge est rouge, la langue vernissée sur les bords et blanche au milieu, l'urine est albumineuse, la soif vive, la température élevée. Il peut se mêler à cet ensemble quelques troubles digestifs, vomissements, diarrhée. Le diagnostic avec la scarlatine vraie ne peut se faire qu'avec peine si bien que certains auteurs, comme MARFAN, déclarent que la clinique pas plus que les recherches de laboratoire, examen du sang, des urines, ne permettent de trancher d'une façon absolue entre l'érythème scarlatinoïde et la scarlatine vraie. MARFAN va même jusqu'à dire que l'érythème scarlatinoïde ne serait pas autre chose qu'une scarlatine dont la marche et l'allure cliniques seraient modifiées par la coexistence avec la diphtérie. Malgré cet avis, en n'envisageant que le cas qui nous intéresse, celui de la petite L..., essayons de justifier le diagnostic d'érythème scarlatinoïde.

Lorsque cette enfant a commencé une angine diphtérique avec éruption scarlatinoïde dans les premiers jours de janvier, elle avait déjà présenté précédemment deux poussées d'érythème, signes non douteux d'une infection déjà profonde ayant ouvert la voie à la diphtérie. Celle-ci, d'après l'ensemencement, était associée au streptocoque.

Enfin huit jours après l'injection de sérum, nouvelle et quatrième poussée d'érythème. La répétition des éruptions ferait difficilement croire à une série de scarlatines ou même de rougeoles récidivant quatre fois à intervalles rapprochés. Le fait n'a, à ma connaissance, jamais été signalé et il paraît peu vraisemblable.

De plus la diphtérie coïncidant avec l'angine de début de la scarlatine est chose rare, sinon exceptionnelle, d'après les recherches de WURTZ et BOURGES, de MARFAN et APERT, de VARIOT et ROY : enfin l'action favorable du sérum de ROUX qui arrête la diphtérie dans son évolution et supprime l'angine, n'aurait pas été si rapide si la rougeur de la gorge constatée chez la jeune L.. le 3 janvier avait été exclusivement due à la scarlatine. Les desquamations qui ont suivi les poussées érythémateuses et qui ont augmenté d'intensité à chaque nouvelle éruption, au point d'amener consécutivement à la troisième et à la quatrième, malgré la balnéation savonneuse, des escharres profondes et étendues sont encore des arguments en faveur de l'hypothèse d'érythèmes symptomatiques d'une infection compliquée à un certain moment de diphtérie et dont la nature certaine nous échappe puisque nous n'avons pas eu la précaution d'ensemencer le sang de la malade, mais que la présence du streptocoque dans le pharynx rattache vraisemblablement à ce microorganisme.

Pour terminer je vous signalerai un fait qui a attiré mon attention chez la petite malade et que je n'ai pas vu signalé comme signe différentiel entre la scarlatine vraie et l'érythème infectieux, c'est la desquamation se montrant dès que l'éruption commence à pâlir avant même qu'elle ne soit complètement disparue. Ce n'est pas en général ce que l'on constate dans la scarlatine ou la rougeole, l'exanthème de ces fièvres éruptives s'est effacé depuis un ou deux jours lorsque les premiers signes d'abord très légers de la desquamation apparaissent.

Pour toutes ces raisons je crois pouvoir écarter l'idée de rougeole et de scarlatine ayant évolué successivement chez cette enfant et me ranger à l'opinion précédemment énoncée, c'est-à-dire celle d'érythème infectieux récidivant. C'est pour attirer votre attention sur la possibilité de rencontrer des cas analogues et vous éviter une méprise, inexplicable à première vue,

que j'ai cru intéressant de vous parler de l'histoire de cette petite malade.

Kyste kydatique du foie ; laparotomie ; évacuation ; suture et réduction du kyste ; guérison.

par MM. le docteur **Juste Colle**, chef de clinique chirurgicale, et **Paquet**, externe des hôpitaux.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société le contenu vésiculaire d'un gros kyste hydatique du foie, affection peu commune dans notre région surtout sous cette forme multi-vésiculaire.

En voici l'observation : P... Louis, 66 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 7 mars 1906. Depuis trois ans ce malade se plaint d'essoufflement lorsqu'il travaille. La cause de cette gêne est une tumeur abdominale volumineuse située dans la région hépatique.

Voici les antécédents du malade : un père mort à 59 ans d'hématémèse, une mère morte suites de couches, une sœur morte accidentellement, sept frères et sœurs bien portants, un frère plus jeune atteint d'une affection inconnue du malade. Comme antécédents personnels : Pas de maladies de l'enfance. La variole en 1870. P... Louis fut exempté du service militaire par la présence d'un frère sous les drapeaux. Marié deux fois. La première femme morte de bacillose. La seconde atteinte de gastrique chronique. Il a six enfants bien portants.

Il y a trois ans, en 1903, P... Louis ressentit pour la première fois de l'essoufflement. Il perdit ses forces, maigrit beaucoup, et devint incapable de supporter le moindre excès de boisson. Cependant l'appétit était conservé, sans dégoût pour la viande ni les graisses. Pas de diarrhée ni de constipation. Les selles étaient colorées normalement.

Il y a deux ans, en 1904, le malade se décide à entrer à l'hôpital de la Charité (aile droite). A ce moment déjà il présentait une tumeur à l'épigastre. Cette tumeur avait l'apparence kystique puisqu'une ponction fut faite avec un trocart, juste au-dessous de l'appendice xyphoïde. Elle évacua environ une pinte d'un liquide clair comme de l'eau de roche. Après cette ponction, sa respiration se trouvant dégagée, le malade sort de l'hôpital au bout de trois semaines et reprend son travail.

Il y a huit mois, en juillet 1905, D... Louis dut de nouveau interrompre son travail et rentra en août à l'hôpital de la Charité. Cette fois on lui enlève une demi-pinte de liquide clair et limpide, puis on lui fait une injection dont le malade ignore la nature. Au bout de trois semaines il recommence à travailler. Mais deux ou trois mois après cette nouvelle ponction, le malade devient de plus en plus oppressé et perd complètement ses forces, tout en gardant son appétit et sans éprouver de dégoût. De plus pas de troubles intestinaux, pas d'ictère, ni de prurit, ni d'urticaire.

Il entre alors à l'hôpital St-Sauveur, le 6 mars 1906. A l'examen, on note un abaissement considérable du foie et une voussure très marquée de l'hypocondre droit et de l'épigastre, déterminée par la présence d'une tumeur rénittente, bosselée et multilobée. La limite supérieure du foie répond à la dixième côte, son bord antérieur descend à cinq travers de doigt du rebord costal droit et va rejoindre le rebord costal gauche à la hauteur de la huitième côte. Les troubles gastro-intestinaux manquant, et les signes physiques se résumant à la constatation d'une tumeur volumineuse mate semblant faire corps avec le foie, on ne peut supposer l'existence d'un kyste hydatique qu'en se basant sur les opérations antécédentes subies par le malade. Ce dernier n'a pas de chien, il en avait un dont il s'est défait en 1864. On ne note aucun frémissement hydatique.

Opération le 13 mars. — L'un de nous pratique la laparotomie. La paroi abdominale incisée sur la ligne blanche dans la région épigastrique, laisse voir la surface du foie, voussurée, grisâtre et comme sclérosée. Sous la voussure, on sent de la fluctuation ; cette dernière est perçue aussi bien à la face supérieure du foie qu'à la face inférieure.

Comme il est plus facile d'isoler de la grande cavité abdominale la face supérieure du foie, c'est sur celle-ci qu'est faite une ponction, à l'aide de l'appareil de Potain, à deux centimètres en-dessous de l'appendice xyphoïde. Par l'aspiration, il s'échappe un peu de liquide clair et transparent, deux ou trois centimètres cubes environ. Le trocart semble bien pourtant être dans une poche.

Une seconde ponction est faite avec le gros trocart employé pour les kystes de l'ovaire. Une très petite quantité de liquide s'écoule, et le trocart est aussitôt bouché par la poche flétrie d'une vésicule hydatique crevée. Il est donc impossible de vider le kyste, et d'y introduire, suivant la technique recommandée, une solution de formol au centième.

Le péritoine est alors isolé par des champs et des compresses. Le bord antérieur du foie aminci en une espèce de languette permet du reste de soulever l'organe, de manière à ce qu'aucune goutte de liquide ne puisse pénétrer dans le péritoine.

Puis la poche est ouverte au ciseau, sur une étendue de six à sept centimètres, en profitant de la plaie faite par le trocart. Aussitôt des vésicules hydatiques apparaissent en foule entre les lèvres de la plaie hépatique. Il en est de toutes dimensions, depuis le volume d'un gros œuf de poule, jusqu'à celui d'une tête d'épingle. Les unes sont crevées ; d'autres sont parfaitement intactes. On ne trouve point de membrane germinative périphérique. La poche, qui s'étend jusqu'à la colonne vertébrale, est rapidement vidée avec la main introduite en cuiller. Toute la cavité est nettoyée à l'aide de tampons imbibés de formol au centième. Enfin les lèvres de la plaie hépatique sont suturées par un surjet au catgut, et le tout est réduit dans la cavité abdominale, un drain et une mèche sont laissés au contact de la plaie hépatique. La paroi abdominale est restaurée à l'aide de fils d'argent, de catgut, et de griffes de Michel.

Le lendemain. la température du soir est à 37°7 ; elle ne monte jamais plus haut, et varie les jours suivants entre 37° et 37°5. Le pouls n'a pas dépassé 90 et il n'y a pas eu trace d'urticaire.

Le 19 mars le pansement est levé, la plaie est réunie par première intention, sauf à la place du drain et de la mèche. Ceux-ci sont retirés ainsi que les griffes de Michel. Le malade est donc en bonne voie de guérison, et tout fait espérer qu'en trois semaines, il pourra sortir de l'hôpital guéri.

Nous n'avons donc qu'à nous féliciter d'avoir appliqué dans ce cas la méthode de Bond, consistant dans la suture immédiate de l'incision hépatique sans drainage de la cavité kystique. Si l'on considère en effet les différents modes de traitement du kyste hydatique, il nous faut envisager le traitement par la ponction, par la marsupialisation, et enfin par l'ouverture du kyste suivi de sa suture accompagnée ou non du capitonnage.

La ponction qui fut essayée dans le cas qui nous occup

n'a procuré au malade qu'un soulagement momentané. En outre l'abondance des vésicules qui bouchaient les trocarts même volumineux rendait impossible l'évacuation totale du kyste.

Si nous avions donné la préférence à la marsupialisation il eût fallu au moins trois mois, et peut-être plus, pour combler, par seconde intention, la vaste cavité hépatique. Or, notre malade était un homme de 66 ans dont l'organisme eût fait difficilement les frais d'un long séjour au lit, et d'une suppuration prolongée.

Le capitonnage avant la suture du kyste était rendu impossible par la grande dimension de la poche. Du reste, les auteurs paraissent de plus en plus d'accord sur son inutilité.

Nous avons donc tenté, suivant la méthode de Bond, préconisée, en France, par Delbet, d'obtenir la réunion par première intention. Après avoir désinfecté la cavité hépatique aussi soigneusement que possible, avec la solution de formol au centième, nous avons pratiqué la suture immédiate de la plaie hépatique, puis celle de la paroi. Le résultat obtenu est tellement rapide et parfait, qu'il nous sera difficile désormais d'adopter une autre ligne de conduite en présence des kystes hydatiques.

Consultations Médico-Chirurgicales

Névralgies et névrites sensitives EN GÉNÉRAL

Professeur-agrégé Ingelrans

INFORMATIONS CLINIQUES. — α) Un adulte, de tempérament goutteux, à hérédité arthritique, sujet de longue date à des douleurs de jointures, craquements, gonflement même des articulations, parfois hémorroïdaire et migraineux par occasion, est pris au réveil de violents élancements dans une région du corps, sur le trajet d'un nerf important. Des sensations d'étirement, de brûlure intense ou simplement d'endolorissement insupportable s'irradient partout. Tout mouvement est redouté. Le diagnostic est celui de *névralgie de nature rhumatismale*, mieux vaudrait dire par auto-intoxication : c'est la goutte sciatique par exemple, avec signe de Lasègue, amaigrissement progressif des masses musculaires, scoliose croisée à la fin de la crise, lors des premiers pas du patient ; c'est un type de névralgie diathésique, à longue durée, souvent facilitée et aggravée par le refroidissement, l'alcoolisme, le surmenage, féconde en rechutes, très caractéristique, très rebelle aussi à la thérapeutique......

β) Un diabétique, urinant 30 grammes de sucre par jour, léger glycosurique par conséquent, présente des élancements aigus dans les jambes ; les deux côtés sont touchés. Névralgie bilatérale, souvent sciatique, quelquefois crurale ; en outre, des troubles sensitifs cutanés, un mal perforant, l'ongle qui tombe au gros orteil ; c'est plus que suffisant pour signifier névralgie ou mieux *névrite sensitive double* au cours du diabète sucré.

γ) Une jeune femme, chlorotique d'avance, hystérique souvent ou névrosée d'hérédité, anémiée par des grossesses successives, a des douleurs dans la région précordiale. En y regardant bien, c'est la peau, ce sont les muscles intercostaux, c'est le nerf intercostal qui sont hyperesthésiés : névralgie certes, mais associée à des douleurs centrales, à des algies cérébrales surajoutées. La névrose primitive a permis l'installation de la névralgie intercostale avec ses points typiques aux émergences des filets nerveux ; cette même névrose, aidée de la douleur permanente et exaspérante, a combiné à celle-ci, qui est vraie, une douleur hallucinatoire, non moins sensible : ce type est fréquent, c'est la *névralgie des anémiques, avec algies névropathiques surajoutées.*

δ) Un convalescent de grippe, épuisé, énervé, amaigri, un typhoïdique arrivé au terme d'une fièvre qui l'a littéralement miné, un syphilitique en période secondaire, post-roséolique, bref un infecté, souffre sans répit pendant des semaines de la face, de la tête, du cou, du dos, en des points points fixes, hypersensibles à la pression ; les crises s'exacerbent par périodes, par moments, même la nuit. C'est la *névralgie des infections* longues ou courtes, mais des infections généralisées.

ε) Névralgies des paludéens, des intoxiqués (par l'oxyde de carbone, par exemple), des cancéreux ; névrites sensitives par traumatismes du nerf, par compression ; névralgies réflexes, venant de l'utérus chez la femme atteinte de métrite ou de dysménorrhée, venant du testicule chez l'homme dont la blennorrhagie a suscité une orchite : névralgies prémonitoires ou contemporaines ou postérieures du zona, toutes doivent être citées et reconnues.

ζ) Enfin, ce sont les douleurs des polynévrites (alcool, arsenic, mercure, lèpre, etc.), qui sont symétriques et périphériques. Leurs allures sont toujours les mêmes : il suffit d'en connaître la cause.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Bien que la topographie de la douleur et les résultats des injections analgésiantes sur le trajet des nerfs permettent d'admettre l'origine périphérique des névralgies, la question n'est point absolument résolue de savoir si cette origine est centrale ou périphérique. Agir à la fois sur les cordons nerveux sensitifs et sur les centres irrités est donc pour

toute sécurité le double but à atteindre. Si l'indication de calmer la douleur est urgente celle de supprimer la cause de cette douleur est rationnelle. C'est pourquoi, il y a toujours lieu, en face d'une névralgie quelconque, d'utiliser d'abord des moyens médicaux, puis des petites interventions non sanglantes, telles que les injections hypodermiques de tout ordre. Par la suite, quand l'intensité du mal et son caractère rebelle seront établis, la suppression de la cause pourra s'imposer ; elle sera facile dans les névralgies dépendantes de compression ; la chirurgie, ou certains traitements spécifiques (par exemple dans les exostoses ou les compressions syphilitiques) aideront beaucoup à lever l'obstacle. Mais de plus, les innombrables névralgies proprement dites, d'abord justiciables de multiples procédés thérapeutiques, peuvent, en s'invétérant, appeler aussi les moyens chirurgicaux pour amener la suppression de leur cause. Avant d'utiliser ces moyens chirurgicaux, on se rendra compte de l'endroit exact du trajet nerveux d'où part l'excitation sensitive. Dans le but d'éviter une opération inutile, on tentera le diagnostic du siège des excitations algésiogènes par des injections de cocaïne, comme l'indique PITRES.

1° Quand l'irritation algésiogène part des extrémités terminales des nerfs de la région endolorie, l'injection de cocaïne pratiquée *loco dolenti* suspend momentanément la douleur. 2° Les douleurs d'origine funiculaire, résultant de l'irritation des troncs nerveux, ne s'apaisent que si l'injection de cocaïne atteint le nerf au-dessus du point où se trouvent les irritations provoquant la douleur; 3° Les névralgies d'origine radiculaire ou médullaire sont momentanément suspendues par les injections intrarachidiennes lombaires quand elles siègent sur la moitié inférieure du corps ; ces douleurs résistent aux injections anesthésiantes pratiquées sous la peau ou le long du trajet des nerfs.

TRAITEMENT. — Les névralgies et névrites sensitives ne guérissent pas par la simple supppression de leur cause. « **De ce qu'une névrite s'est développée sous l'influence d'une cause spécifique, paludéenne, diabétique, etc., n'allez pas en conclure que vous en viendrez à bout à l'aide d'un traitement antisyphilitique, antipaludéen, antidiabétique. En aucun cas le traitement causal ne saurait suffire. Toujours il y aura lieu de lui adjoindre un certain nombre de moyens thérapeutiques.** » (RAYMOND).

En suite de cette opinion, deux choses à faire par conséquent : 1° Un traitement causal qu'on ne négligera point, mais en qui ne se concentreront pas tous les efforts ; 2° Un traitement de la douleur en général, indépendamment de sa cause. Les deux indications ont leur valeur et se complètent l'une par l'autre.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR EN GÉNÉRAL. — La médication antinévralgique est applicable à la majorité des cas, sans visées radicales et sans autre prétention que d'amener une sédation par quelque mécanisme que ce soit.

Médication externe. — Les procédés externes sont les premiers à mettre en œuvre : l'inconvénient des médications internes est en effet assez sérieux dans plus d'un cas où l'accoutumance aux médicaments et les effets secondaires des drogues employées rendent leur prescription redoutable. Commencez donc par mettre votre malade au repos et faites-lui appliquer sur la région douloureuse des topiques calmants.

Topiques. — Parmi ceux-ci, vous n'avez que le choix : **baume de Fioraventi** à la térébenthine, baume opodeldoch, **liniment de Rosen** (beurre de muscade, essence du girofle et de genièvre), **baume tranquille** (huile de jusquiame composée), etc. Le palommier dont le principe actif est l'essence de winter-green ou **salicylate de méthyle** s'emploie avec avantage à la dose de 50 à 100 gouttes de cette essence versées sur de la gaze recouverte d'un imperméable : l'application doit en durer quelques heures et être renouvelée deux fois en 24 heures. Voici un liniment composé :

Salicylate de méthyle	ãã 10 gr.
Chloroforme	
Laudanum	
Baume tranquille	120 grammes

J'emploie fréquemment le mélange suivant :

Baume de Fioraventi	40 grammes
Chloroforme	ãã 5 gr.
Essence de térébenthine	

Le **mésotane** est un dérivé oxyméthylé du salicylate de méthyle : il a l'avantage de ne pas répandre l'odeur pénétrante de ce dernier. On l'emploie comme lui, ou mélangé à parties égales d'huile d'olives, en onctions.

Le **menthol**, dont le baume Bengué tire ses grandes propriétés révulsives et calmantes, peut être utilisé en onctions dans la formule suivante :

Menthol	ãã 10 gr.
Camphre	
Hydrate de chloral	

ou étendu au pinceau dans le mélange ci-dessous :

Menthol	ãã 1 gr.
Gaïacol	
Alcool absolu	18 grammes

On se servira à l'occasion de l'onguent hydrargyrique belladoné :

Extrait de belladone	4 grammes
Onguent napolitain	30 grammes

Le glycérolé d'extrait de belladone se formule :

Extrait de belladone	1 gramme
Glycéré d'amidon	10 grammes

Autre liniment ;

Extrait de belladone	4 grammes
Laudanum de Sydenham	15 grammes
Huile de jusquiame	75 grammes

Révulsifs. — La révulsion peut être héroïque. Elle se fait à l'aide de **pointes de feu** nombreuses, légèrement appliquées, fréquemment repétées. Le **vésicatoire** a mille inconvénients : encore faut-il ne point le rejeter complètement; sous forme de mouches de Milan, de vésicatoires camphrés de petites dimensions, laissés seulement douze heures en place, pansés proprement, il a plus d'un succès à son actif. Le vésicatoire à l'**ammoniaque** est, de son côté, trop délaissé : on remplit aux trois quarts un dé à coudre avec de l'ouate tassée : on recouvre d'un autre tampon imbibé d'ammoniaque. On laisse en place cinq minutes sur la peau, l'épiderme se détache et on applique alors un centigramme de morphine délayé dans un peu d'eau. La multiplicité des moyens à mettre en œuvre fera utiliser de temps en temps ce procédé. Dans les formes névritiques inflammatoires, les **sangsues** et les **ventouses scarifiées** *loco dolenti* pourront être utilement conseillées.

Les pulvérisations ou le siphonage au **chlorure de méthyle** sont bien connus : on fera avec le siphon un jet oblique sur une très large étendue cutanée, en ayant soin de déplacer le jet dès que la peau blanchira, pour éviter des escarres. A défaut d'un grand appareil, on prendra des bombes de chlorure de méthyle de dimensions très réduites et à jet filiforme que l'on trouve depuis longtemps en pharmacie : kélène ou éther chlorhydrique, etc. Lorsqu'on veut modérer l'action du chlorure de méthyle on l'applique par stypage, suivant la méthode de Bailly (de Chambly). On fait agir sur la peau pendant quelques secondes un tampon de coton entouré de tarlatane sur lequel on a pulvérisé du chlorure de méthyle. Ce dernier, soit dit en passant, a des vapeurs non inflammables, tandis que celles de chlorure d'éthyle le sont : ce détail peut avoir son intérêt.

Naturellement **on n'appliquera tous ces topiques et toutes ces pulvérisations sur la face qu'à bon escient** et en prenant bien plus de précautions que pour n'importe quelle autre région du corps.

Physiothérapie. — L'électrothérapie dans le traitement des névralgies mérite toute attention, car par ses résultats, on est dispensé parfois de l'intervention chirurgicale. On se souviendra que **les courants continus ont l'action la plus régulière et la plus active.** Le pôle positif est placé sur les points douloureux et le pôle négatif sur la colonne vertébrale, au niveau de l'émergence des nerfs qui se rendent à la région. On fera passer un courant très **doux,** de durée prolongée, car toute autre méthode risquerait d'aggraver le mal. Ce que nous en disons ne s'applique pas à la méthode de Bergonié, qui est toute spéciale et veut une technique bien établie. Voici, grosso modo, ce qu'elle est : elle a guéri des malades qui avaient épuisé tous les autres traitements.

On pratique la galvanisation à l'aide d'un courant de forte intensité. L'électrode indifférente, qu'on met sur la colonne vertébrale, doit être de grandes dimensions : trois cents à cinq cents centimètres carrés. La plaque active couvrira une grande partie du territoire cutané dépendant du nerf atteint. Les électrodes sont en métal inattaquable (aluminium ou cuivre platiné) garnies de deux couches de feutre spongieux ou de couches de gaze. Le courant, dont la densité est d'environ un milliampère par centimètre carré, sera établi et arrêté progressivement. On le maintient 30 à 40 minutes, d'abord tous les jours, puis tous les deux jours. On n'utilise d'ailleurs le procédé de Bergonié que si l'on connaît bien sa technique.

L'**électricité statique** (effluves et étincelles) peut avoir ses indications, de même que la révulsion par les courants de haute fréquence et de haute tension.

Le praticien, désireux de mettre en œuvre toutes les ressources que peut lui offrir la thérapeutique physique doit être prévenu que le **massage** (effleurage, massage profond, pétrissage) a vraiment parfois une excellente action : entre des mains expérimentées, c'est une précieuse ressource, dans les névralgies des membres surtout. La **douche-massage** sous l'eau, telle qu'on l'applique dans les établissements hydrothérapiques combine deux procédés fort louables quand ils sont appliqués avec mesure et en connaissance de cause, car hydrothérapie et massage pourraient, au contraire, donner de fâcheux résultats à qui les ordonnerait à tort et à travers.

Quant au **massage vibratoire** par trépidations mécaniques, nous n'avons pas eu occasion d'en vérifier les résultats dans les névralgies.

Pour tous les procédés externes, il y a une question d'habitude et de pratique qui ne s'acquièrent pas du jour au lendemain : aussi ces méthodes sont-elles à juste titre spécialisées.

Médication interne. — La médication interne s'institue à l'aide de divers médicaments analgésiques parmi lesquels certains sont au tout premier rang par leur efficacité reconnue.

A tout seigneur tout honneur : l'**opium** sera toujours dans les douleurs les plus vives, le roi des calmants. Toutes les formes en sont bonnes, mais surtout l'extrait, en pilules de deux ou cinq centigrammes dont on portera les doses aussi loin qu'il le faudra, lors de crises intolérables comme on n'en rencontre que trop souvent. Les avantages, les inconvénients, l'accoutumance à ce

médicament héroïque sont connus, même remarque pour les injections de **morphine** : ce sont les moyens capitaux, auxquels on n'aura malheureusement que trop souvent recours quand toute la médecine aura échoué et que la chirurgie sera déjà prête à entrer en scène.

En ce qui concerne la **jusquiame**, nous restons fidèles aux vieilles pilules de Méglin.

Extrait de jusquiame noire......	àà 5 centigr.
Extrait de valériane...............	pour une pilule
Oxyde de zinc sublimé	

deux par jour d'abord, puis quatre, puis six, etc.

en surveillant l'action du médicament et en diminuant ensuite les doses. Elles rendent de grands services lorsqu'on n'a pas peur d'atteindre le nombre de pilules nécessaire pour avoir une réelle action.

L'**antipyrine** est souveraine dans certaines douleurs, inconstante souvent, inutile parfois. Prise par la bouche, ou en injections, ou en lavements, etc., elle s'ordonne aux doses de un à six grammes : gare aux reins, c'est un remède à élimination difficile, gare aux éruptions médicamenteuses : excellents effets, c'est vrai, mais l'abus en est facile. On fera bien de limiter son administration et d'en espacer les prises avec adjonction d'un autre médicament intercalaire. Mêmes réflexions au sujet de l'**acétanilide**, de l'exalgine (cachets de vingt-cinq centigrammes. — quatre cachets par jour) de la phénacétine (posologie identique).

L'**aconitine** cristallisée a été trop souvent prônée et souvent administrée dans des conditions dangereuses: ne formulez pas de granules au quart de milligramme ; **contentez-vous du dixième de milligramme** (Brouardel conseille même de rejeter complètement l'aconitine). Il y a eu de trop nombreux accidents pour être téméraire : dans quelques névralgies faciales on sera amené à s'en servir, comme au seul remède actif. Donner alors un dixième de milligramme par jour ; augmentez en surveillant les effets, jusqu'à quatre ou six granules et ne les prolongez pas au delà de quelques jours consécutifs.

J'ordonne parfois l'essence de pomme ou **éther amyl-valérianique** à la dose de cinquante centigrammes en cinq capsules ou le **phosphure de zinc** ainsi formulé :

Phosphure de zinc.................	0 gramme 80
Poudre de réglisse............. ..	1 gramme 90
Sirop de gomme	0 gramme 30

pour 100 pilules. Trois par jour.

ou encore le **pyramidon** en paquets qu'on dissout dans de l'eau à la dose de 0 gramme 30 à 0 gramme 75 par jour : c'est un analgésique qui agit comme l'antipyrine mais à dose moindre.

Parmi les injections sous-cutanées, le médecin un peu expert sait bien qu'à part celles de morphine, les injections de **cocaïne** ou mieux de **stovaïne** au voisinage du nerf sont celles sur lesquelles il peut le plus compter. La cocaïne doit être en solution au centième et on peut en injecter plusieurs centigrammes, par exemple quatre ou cinq centimètres cubes de la solution en différents points du trajet nerveux ou à des profondeurs diverses. La stovaïne, peu toxique, se met en solution au cinquantième et j'en ai injecté jusqu'à quinze centigrammes, c'est-à-dire sept ou huit seringues d'un gramme dans des cas excessivement douloureux : mais c'est un grand maximum qu'il vaut mieux ne pas atteindre.

L'injection hypodermique de **sulfate neutre d'atropine** au demi-milligramme sera avec avantage associée à la morphine, la belladone joignant ici son action analgésique à celle de l'opium. — Le lavement de **chloral** (3 à 5 gr.), se retrouvera avec la médication hypnotique.

Cordier, de Lyon, a imaginé de faire passer sous la peau de l'air atmosphérique : on se sert d'une seringue de vingt centimètres cubes en filtrant l'air à travers un tampon d'ouate placé sur son trajet entre la seringue et l'aiguille. Le tissu cellulaire sous-cutané est distendu par le gaz et les extrémités nerveuses qui se rendent à la peau se trouvent ainsi tiraillées : c'est un procédé d'élongation, non pas d'un tronc nerveux, mais de ses terminaisons : procédé fort simple, non dangereux, indolore, souvent actif dans la névralgie intercostale et dans la sciatique. On sent l'emphysème sous-cutané qu'on a produit se manifester aux doigts qui explorent la région sous forme de crépitation gazeuse : l'air est résorbé au bout d'un temps quelquefois assez long. Les quantités à injecter sont des plus variables ; c'est affaire de région et d'appréciation.

Je parlerai des injections d'alcool, d'acide osmique, de sérum artificiel, etc. à propos de la névralgie faciale, de la méthode épidurale à propos de la sciatique. Mais il faut au moins indiquer maintenant le procédé élégant de transport de l'**ion salicylique** dans les tissus. Voici en deux mots ce dont il s'agit.

Dans l'électrothérapie simple des névralgies, on fait passer un courant galvanique au moyen d'électrodes simplement imbibées d'eau. Or, si on imprègne la cathélectrode d'une solution à 2 pour cent de salicylate de soude, il se produit une électrolyse de ce sel et l'acide salicylique tend à se porter à l'anode : de la sorte, l'ion salicylique pénètre dans l'épiderme, puis dans les tissus. Le transport des ions dans l'organisme a ici une action thérapeutique locale manifeste : on doit, pour obtenir un résultat, faire passer le courant pendant un quart d'heure, après l'avoir amené progressivement à une intensité de deux milliampères par centimètre carré de surface d'électrode.

Traitement de l'insomnie. — L'insomnie est un véri-

table tourment pour la plupart des grands névralgiques. Il faut la combattre pied à pied, car plus elle dure, plus elle s'implante et moins le malade dort, plus il s'affaiblit et devient sensible à la douleur. On préfère souvent à la **morphine**, qu'on emploiera toujours assez tôt, le **bromure de potassium** (deux à trois grammes) le **chloral** (sirop, lavements) le **sulfonal** (un gramme au coucher : le faire finement pulvériser et faire suivre son administration d'une tasse d'infusion chaude, de tilleul par exemple) le **véronal**, hypnotique de premier ordre à la dose de 50 centigr. (ne pas la dépasser), le **trional** (0 gr. 50 à 1 gr. 50). Tous ces hypnotiques seront variés si on doit prolonger leur emploi : **le mieux est de s'en passer dès qu'on le peut**, ce qui n'est pas toujours très tardif, car le malade ayant repris l'habitude de son sommeil à heure fixe, on peut souvent s'en dispenser après cinq ou six nuits.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES SUIVANT LEUR CAUSE. — Les causes des névralgies étant diverses, divers aussi seront les moyens curateurs à leur opposer.

Paludisme. — Une névralgie palustre ne cèdera guère à la quinine seule. N'empêche que la quinine vaut la peine d'être prescrite, pour éviter les rechutes et pour empêcher les toxines de continuer leur action nuisible sur le système nerveux.

On emploiera le **chlorhydrate de quinine** à la dose d'un gramme ou moins, quelques heures avant l'accès névralgique qui a, on ne l'ignore pas, un caractère intermittent. Si l'estomac est intolérant, on s'adressera au lavement de quinine ou encore aux injections, mais il faudra les faire très profondes pour éviter des douleurs et des abcès. On y joindra l'**arsenic** sous forme de cacodylate de soude ou d'arrhénal aux doses ordinaires.

Diabète. — Le diabétique, à névralgies souvent symétriques, aura son **régime** classique: ce régime ne suffira pas, sauf exception, à calmer ses douleurs. Adjoignez-y tous les moyens que vous jugerez bons, mais surtout adressez-vous aux pilules d'extrait d'**opium** et rappelez-vous que la révulsion, le stypage et le siphonage sont redoutables pour les téguments des glycosuriques, facilement enflammés et escarrifiés.

Goutte. — Le goutteux trouvera plus de soulagement dans l'**acide salicylique** (salicylate de soude, aspirine) et dans le **colchique** que dans les autres drogues, moins directement appropriées à son tempérament. Le colchique en teinture se donne pendant trois jours au plus à la dose de vingt gouttes matin et soir. Son action spécifique indiquera parfois la nature goutteuse d'une névralgie dont la cause était restée obscure.

Anémie. — Aux anémiques, le fer, les reconstituants, le repos, les toniques : parmi les ferrugineux, choisissez le **protoxalate de fer** (cinquante centigr. par jour) ou l'eau de Bussang ou le **ferroplasma,** dont j'ai pu constater la réelle efficacité.

Lèpre. — Les névralgies, ou même les névrites lépreuses (du trijumeau, du cubital, du sciatique), se modifient sous l'influence du salicylate de soude ou mieux de l'**huile de Chaulmoogra.**

Alcoolisme. — La polynévrite alcoolique avec ses affreuses douleurs des membres inférieurs réclame avant tout l'abstention du poison qui l'a créée, l'enveloppement ouaté avec application de **liniments calmants**, le repos prolongé, l'injection sous-cutanée de sulfate de strychnine au demi-milligramme.

Arsenicisme. — La névrite arsenicale et d'ailleurs les névralgies toxiques en général, s'amendent surtout par le **régime lacté** éliminateur.

Syphilis. — Enfin le syphilitique qui a ses nerfs comprimés par des exostoses, des périostoses, des ganglions infectés, etc. souffrira le martyre pendant des années si le **mercure** ne vient pas faire disparaître la compression, cause de tout le mal. Inutile d'administrer n'importe quel calmant, si on oublie d'attaquer la cause : ce ne sont pas des névralgies, ce sont des compressions nerveuses.

Mais la vérole au début anémie et rend irritables ceux qu'elle frappe : ils font alors des névralgies de la période secondaire, plus touchées du traitement de l'anémie ou de la neurasthénie que du traitement spécifique. C'est la clinique qui décidera de ce qui est en jeu, et en conséquence, de ce qui veut être institué.

Si vous trouvez d'atroces névralgies à la période tertiaire, faites un **traitement d'assaut** : huile grise ou calomel en injections. Ce sera parfois une rapide et merveilleuse victoire.

Si vous voyez un névropathe ou un anémique pris de névralgies faciales, ou intercostales, ou angineuses à la phase secondaire, contentez-vous de la pilule de protoiodure, mais attaquez vivement la chloro-anémie spécifique ou la neurasthénie de la période post-roséolique et le résultat sera souvent meilleur que par une mercurialisation intensive. Les bons diagnostics font les bons traitements.

Traitement chirurgical des névralgies en général. — Voici les grandes lignes de cette thérapeutique, souvent moins radicale que ses procédés ne le feraient penser, lorsqu'on intervient pour des névralgies de grande intensité et d'ancienne date ; — souvent aussi étonnante en ses succès lorsqu'on agit où il faut, avec un manuel opératoire correct et judicieusement mis en œuvre.

A noter expressément avant toutes autres indications que les nerfs mixtes doivent avoir leurs filets moteurs respectés : seuls l'élongation ou le hersage conviennent aux nerfs mixtes. Au contraire les nerfs uniquement sensitifs peuvent être reséqués ou arrachés.

Le hersage trouve surtout ses indications quand le nerf est variqueux et que la névralgie dépend des varices, ce qui arrive parfois pour la sciatique.

Compression. — On essaiera d'abord la **compression** simple plus ou moins prolongée des troncs nerveux surtout en cas de névrite. En cas d'échec, on arrivera à la résection.

Neurotomie. — La section simple d'un nerf ou neurotomie doit être suivie du retournement d'un des bouts dans la plaie avec fixation de cette extrémité au milieu des tissus voisins à l'aide d'un catgut. Encore, malgré cette précaution, les fibres nerveuses se régénèrent-elles souvent et, en thèse générale, quand c'est possible, on préférera la résection.

Arrachement et résection. — La neurectomie ou résection consiste à enlever trois à quatre centimètres du tronc nerveux et à pratiquer ensuite l'élongation. Si, par suite des dispositions anatomiques, cette résection est impraticable, on arrache le nerf (neurorhexis) et on l'enroule autour d'une pince de manière à l'allonger fortement.

Hersage. — Le hersage consiste à dilacérer un nerf sur deux ou trois centimètres de son parcours à l'aide d'une sonde cannelée ou d'un stylet. Le procédé est surtout mis en œuvre pour la sciatique des variqueux. La motilité dans le domaine du nerf reste intacte, mais il faut être prévenu que la sensibilité disparaît pour trois ou quatre jours après l'opération.

Elongation. — On peut guérir les névralgies par l'élongation des troncs nerveux (neuroténie). On prend le nerf qu'on soulève sur un doigt et qu'on allonge en tirant pendant une minute ; on rompt de la sorte un certain nombre de fibres nerveuses. La force à déployer varie suivant les nerfs ; il peut être utile d'indiquer que le grand sciatique se rompt complètement sous une traction de 84 kilos. Pour le crural, c'est 38 kil. ; le radial, 27 ; le cubital, 26 ; le plexus brachial dans l'aisselle, 25 ; le poplité, 52 ; le sous orbitaire, 5, etc. On n'atteindra donc jamais une pareille intensité de traction si on fait la neuroténie.

Section des racines postérieures après laminectomie. — Enfin, la méthode de Pitres indiquée plus haut pour la recherche du siège des excitations algésiogènes dans les névralgies montrera que certaines d'entre elles ont leur siège non pas dans les terminaisons nerveuses ni dans les troncs nerveux, mais bien dans les racines médullaires, entre la moelle et le trou de conjugaison ; ce sont des radiculalgies ou des radiculites sensitives, qui ne peuvent être soulagées que par la rachicocaïnisation et encore d'une façon momentanée. Les douleurs en affectent de plus une disposition radiculaire, c'est-à-dire qu'elles ne suivent pas le trajet d'un tronc nerveux, mais celui de la distribution sensitive des racines (une bande longitudinale tout le long du membre supérieur, par exemple). Comme les racines postérieures ne contiennent pas de fibres motrices, on peut couper les racines correspondantes au siège de ces névralgies pour obtenir une guérison radicale. La localisation à telle ou telle racine étant strictement faite par le clinicien, l'opérateur qui veut pratiquer la résection des racines postérieures doit faire une laminectomie classique, puis, deux jours après, sectionner aux ciseaux au ras de la moelle épinière la racine, en coupant également son bout périphérique au ras de la dure-mère.

Cures thermales. — Le choix d'une station thermale dépend généralement de détails cliniques particuliers à chaque sujet, parmi lesquels la cause de la névralgie tient la plus grande place. En dehors de ces grandes indications, on se souviendra pourtant du bénéfice marqué que peut procurer une cure d'eaux à ces malades ballottés de médicaments à médicaments.

Les boues de Dax, celles de Saint-Amand (Nord) seront ordonnées aux goutteux, aux rhumatisants : l'illutation chaude agit à la fois sur leurs névralgies et sur leurs arthrites. Les mêmes malades iront se baigner à Aix où la douche-massage classique agit aussi sur ces deux localisations. Les chlorotiques trouveront à Bussang et à Luxeuil ce que les neurasthéniques et les névrosés iront chercher à Néris, à savoir des eaux appropriées à leur état, un climat et des pratiques hydrothérapiques adaptés à leur tempérament. Lamalou reste toujours le rendez-vous des grands nerveux (névrites des ataxiques, polynévrites toxiques, etc.). Les syphilitiques peuvent trouver à Luchon ou aux Eaux Chaudes les mêmes avantages qu'à Aix-la-Chapelle.

Le traitement hydrominéral sulfureux par les douches et les bains, aidé du massage et des procédés kinésithérapiques se fait aux Eaux Chaudes, à Luchon, à Cauterets, à Barèges, à Ax, à Aix en Savoie, etc. Pour les sujets qui ne peuvent se déplacer, les bains d'acide carbonique méritent une mention. On fait une solution suivant la méthode de Lippert : le gaz, pour ainsi dire en combinaison avec le liquide, se sépare de ce dernier au contact du corps des sujets qui y sont plongés et vient à l'état presque naissant stimuler les extrémités nerveuses cutanées. A Royat, le bain de César est frais et gazeux ; sorte de bain de vin de Champagne, on le donne d'une durée très courte, une dizaine de minutes. Les bulles d'acide carbonique s'attachent à la surface de la peau et ont une action sédative chez les nerveux à circulation défectueuse qui se plaignent de névralgies erratiques. Les névralgies goutteuses trouvent leur place à Bourbon-Lancy. — Bourbon-l'Archambault modifie les névralgies intercostales, lombaires et sciatiques ; Bourbonne (Haute-Marne) a des indications du même genre. Citons

encore Divonne, Hammam (près d'Alger) Plombières, Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), etc.

Le **bain sulfureux**, en dehors des stations thermales si on ne peut y envoyer le malade, a des indications assez spéciales : on ne le négligera point, car il a en maintes occasions des vertus réellement curatives, ainsi d'ailleurs que les **bains de vapeur**, qu'on pourra additionner ou non de térébenthine ou de copeaux de pin.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE. — Le traitement hygiénique est capital ; il visera à faire fonctionner normalement tous les émonctoires du névralgique, les reins et la peau avant tout. La constipation sera poursuivie par tous les moyens : elle joue un rôle néfaste, tout à fait évident dans la production des accès.

Dans l'alimentation, on supprimera tous les excitants et en particulier l'alcool. Le repos peut devenir indispensable, et même l'isolement, chez les hystériques et les neurasthéniques.

Le climatothérapie (mer, montagne, climats de plaine), la kinésithérapie, la photothérapie même (bains de lumière) ont plus d'une fois résolu le problème difficile de la cure définitive d'une névralgie invétérée chez des sujets diathésiques à nutrition ralentie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Mars 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Abcès froid iliaque

M. **Dubar**, d'Armentières, présente à la Société une malade âgée de 17 ans. Cette jeune fille n'a pas d'antécédents morbides. Il y a un an, elle vit débuter son affection par des douleurs à la hanche gauche et de la difficulté de flexion du membre inférieur. Il y a trois mois, ces douleurs augmentèrent, et les frictions au salicylate de méthyle furent inefficaces.

Actuellement, l'articulation de la hanche est limitée dans ses mouvements qui cependant, sont possibles. L'adduction est douloureuse. Le point le plus sensible est localisé au-dessus du grand trochanter à la partie postéro-supérieure du fessier. La limite de la zone douloureuse est le rebord iliaque, en haut, en dedans le sillon du fessier, en dehors le grand trochanter. On sent à ce niveau la fluctuation. L'os n'est pas sensible, ni à la percussion au niveau du pied, ni au niveau du grand trochanter ; les longs péroniers sont paralysés.

M. Dubar demande l'avis de la Société sur cette malade.

M. **Lefort** pense qu'il s'agit d'un abcès froid iliaque. Le point de départ est inconnu, mais des cas semblables voient leur origine fréquemment méconnue.

M. **Curtis** demande si l'origine n'est pas vertébrale. Il a vu un abcès froid vertébral donner des symptômes d'arthrite suppurée du genou.

M. **Oui** pense cette hypothèse irréalisable. La grande échancrure sciatique et la crête iliaque étant intactes.

M. **P. Colle**. — Les abcès ainsi traités par l'éther iodoformé peuvent guérir beaucoup mieux qu'après intervention.

Corps étranger volumineux, ayant séjourné cinquante-quatre jours dans le cul-de-sac supérieur

M. **Painblan** présente un fragment de bois qu'il a extrait du cul-de-sac conjonctival supérieur gauche d'un cultivateur âgé de soixante ans.

Cet homme, en cassant du bois avec une hachette, fut blessé le 4 novembre 1905, par des éclats violemment projetés, qui produisirent sur le front, la joue et la paupière, de petites plaies sans importance et qui se cicatrisèrent rapidement. L'œil gauche avait été un peu contus et il persista un larmoiement très modéré de ce côté, avec de temps en temps, un peu de gêne dans les mouvements de l'œil. Il n'y eut pas de douleurs, pas de gonflement de la paupière, pas de sécrétion purulente, l'œil n'était jamais collé au réveil.

Cet homme se présenta le 28 décembre, se plaignant de son larmoiement ; il n'y avait pas de conjonctivite ; rien dans le cul-de-sac conjonctival inférieur ; la paupière retournée n'était pas rouge, mais l'exploration avec un stylet mousse du cul-de-sac conjonctival supérieur, assez profond, permit de sentir un corps dur que la pression du stylet fit basculer et dont une extrémité put être saisie avec une fine pince à griffes. Celle-ci ramena, à la grande stupéfaction du patient, un fragment de bois de neuf millimètres de long sur deux de large et un et demi d'épaisseur.

Le lendemain, la gêne avait disparu et le larmoiement avait cessé. Et huit jours après, le cinq janvier, le malade écrivant pour donner la date précise de son accident, déclarait n'avoir plus rien ressenti.

Il est intéressant de noter que ce fragment de bois relativement volumineux, ignoré du porteur, a pu séjourner pendant 54 jours dans le cul-de-sac conjonctival supérieur, sans causer de réaction inflammatoire et que sa présence prolongé n'ait amené en somme que des phénomènes insignifiants.

Vaste angiome congénital et variqueux du membre inférieur droit

M. **Paquet** présente, au nom de M. **Juste Colle**, un malade, porteur d'un angiome congénital sous lequel se sont développées de volumineuses varices.

Le malade, âgé de 25 ans, est doreur de sa profession, et travaille debout. Il se plaint de ses varices. Ces der-

nières, de plus en plus développées, provoquent une fatigue qui rend le travail pénible.

Antécédents. — Un père âgé de 53 ans, atteint d'asthme et de bronchite chronique. Une mère morte probablement bacillaire. Elle ne fit pas de pertes et eut la première fois deux jumeaux morts peu de temps après leur naissance. Une sœur bien portante, plus âgée que le malade de 2 ans. Mariée, mère de 3 enfants.

Antécédents personnels : Aucune maladie de la première enfance. Pas de maladies infectieuses sauf la jaunisse à 10 ans. Pas de maladies vénériennes. Le malade porte depuis sa naissance un angiome de teinte lie de vin qui couvre une partie du dos du pied et répond aux 5e, 4e orteils et à la moitié du 3e. Il recouvre ensuite la partie antéro-externe de la jambe, et il est à remarquer qu'à la jambe et au pied, il répond à peu près exactement à la distribution du nerf musculo-cutané. A la cuisse l'angiome se prolonge, jusque sur la fesse, occupant toute la partie externe du membre.

Il y a quinze ans, le malade vit se développer petit à petit, sous la tache lie de vin, un réseau variqueux de plus en plus important. Ces varices grossissent d'année en année. L'une d'elles s'est ulcérée à la partie postérieure du genou. De tous côtés on sent des points durs, qui sont d'origine phlébitique.

Quelques-unes de ces phlébites ont du reste suppuré il y a 8 ans, car le malade entra alors à l'hôpital d'Anvers, où on lui fit des incisions pour laisser évacuer le pus.

Actuellement, le réseau veineux est énorme. Certaines veines semblent atteindre le volume du petit doigt. Elles s'effacent sous la pression de haut en bas ; il n'y a point de battements. La sensibilité générale du membre est conservée, mais le malade est effrayé par l'ulcération de la face postérieure du genou et il se plaint de douleurs articulaires et d'impotence fonctionnelle.

M. J. Colle demande à la Société ce qu'il est autorisé à faire au point de vue du traitement. Il envisage successivement les ligatures multiples, comme pour des varices ordinaires : le bas élastique ou la bande de flanelle, et même prévoit pour l'avenir la possibilité d'une amputation.

M. Lefort, peu partisan de l'intervention, préconise purement et simplement la bande de flanelle. Il se méfie du bas élastique qui pourrait laisser macérer la peau déjà mal nourrie, et provoquerait ainsi de nouvelles ulcérations.

Kyste hydatique du foie

M. Curtis présente de nouveaux petits kystes hydatiques, retirés d'un foie par M. J. Colle. Ces kystes endogènes contenaient des scolex avec crochets.

MM. Colle et Paquet lisent l'observation du malade (*reproduite in-extenso dans le présent numéro*).

(*A suivre*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Nous apprenons avec la plus complète satisfaction que notre collègue le professeur Wertheimer vient d'être nommé membre de la Commission internationale de l'Institut Marey, à Paris.

Soutenances de thèse

— M. M. Ruyssen d'Haubourdin (Nord), externe des hôpitaux, a soutenu avec succès le vendredi 6 avril, sa thèse de doctorat (n° 22), intitulée : **De l'exagération des réflexes dans les polynévrites.**

— M. L.-E.-A. Caudron, interne des hôpitaux, de Honnecourt (Nord), a soutenu avec succès le vendredi 6 avril, sa thèse de doctorat (n° 23) intitulée : **Contribution à l'étude de l'incontinence nocturne essentielle infantile.**

Notre Carnet

Le docteur Carrière (de Lille), nous fait part de la naissance de son fils Jean. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Le docteur Vrasse de (Lens), nous fait part de la naissance de sa fille Lucie. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. le docteur Rochet, agrégé, est chargé du 1er mars au 31 octobre 1906, d'un cours complémentaire de clinique des voies urinaires.

Ecole préparatoire de médecine de Limoges. — M. le docteur Descazal, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé en outre d'un cours de physiologie.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. le docteur Lafitte, de La Brède (Gironde) ; Massini et Romt, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Percheron, de Paris.

M. Billion, interne des hôpitaux de Marseille.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 483. Dixième Année. N° 15. Le Numéro : 10 centimes 15 Avril 1906

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les amputations accidentelles

par le docteur **Juste Colle**,
chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille,
et **Georges Petit**, interne lauréat des hôpitaux

INTRODUCTION

Depuis bien longtemps, la conduite à tenir en présence des amputations accidentelles, est l'objet de nombreuses et longues discussions entre les chirurgiens. Le mémoire de RECLUS paru dans la *Revue de Chirurgie* (janvier 1896) passa à l'époque pour révolutionnaire ; mais il semblait avoir tranché nettement la question. Avec lui on disait : plus d'amputations traumatiques.

Cette doctrine était, de l'avisde RECLUS lui-même, « révolutionnaire à force d'être conservatrice. »

Les excellents résultats obtenus, l'imposèrent à tous; et la pratique généralisée confirma l'efficacité de la méthode.

Cependant, il faut se défier des formules trop étroites, qui semblent résoudre en quelques mots les problèmes si délicats rencontrés en clinique. Toute règle générale comporte des exceptions, et ce sont ces dernières encore obscures et mal définies que nous voudrions préciser ici.

Nous avons eu l'occasion d'observer, en moins de 4 mois, dans le service de notre excellent maître M. le professeur FOLET une importante série de grands traumatismes ayant porté sur les membres.

Neuf blessés se sont présentés à notre observation : Six blessés par le chemin de fer ; trois blessés par des machines industrielles.

Et nous avons pu suivre : une amputation de cuisse ; sept amputations de jambe ; deux amputations de bras ; une amputation de main ; une amputation de deux doigts. Au total douze amputations.

Cette série très remarquable, comparativement à celle de RECLUS qui, en cinq ans, ne comporte que sept observations, nous a donné l'idée de ce travail pour les deux causes suivantes :

1° La fréquence des accidents industriels dans notre région.

2° La loi de 19 avril 1898 sur les accidents du travail.

La fréquence des accidents industriels fait qu'il importe d'être bien fixé sur la conduite à tenir en présence de ces traumatismes.

La loi sur les accidents du travail fait que chacun est intéressé à réduire le plus possible les suites de ces accidents.

Or, sur neuf blessés, sept et non des moindres ont parfaitement guéri, deux sont morts, et nous nous sommes demandé si une conduite différente n'eût pas donné des résultats plus satisfaisants.

Nous essaierons donc de voir si quelques modifications ne pourraient être apportées dans la méthode, et nous en préciserons les indications.

Pour cela, après avoir exposé dans un premier chapitre l'historique de la question, nous rappellerons dans un deuxième les idées de Reclus et les modifications que nous avons dû leur faire subir, accompagnées des observations confirmatives. Une troisième partie sera consacrée à la discussion de nos deux cas suivis de mort, puis enfin de l'ensemble des faits, nous chercherons à tirer des conclusions pratiques concernant et la clinique et la loi mentionnée plus haut.

HISTORIQUE

La conservation systématique des membres fut pratiquée par la grande majorité des chirurgiens du moyen-âge, mais ils n'obéissaient naturellement pas aux principes rationnels de l'école moderne, l'abstention n'était pour eux qu'un pis-aller car ils n'osaient porter le couteau dans les chairs vives « de peur de provoquer une défaillance mortelle ». A peine enlevaient-ils les parties sphacélées ; ils se contentaient « d'envelopper les membres des mêmes substances qui servaient à l'embaumement du corps et en abandonnaient l'ablation aux seuls soins de la nature » : c'était là une ébauche d'antisepsie ignorée qui, si elle eût été suffisante, eût pu donner à ceux qui la pratiquaient des résultats satisfaisants ; mais les causes multiples d'infections rendaient la mortalité effrayante, et l'amputation immédiate pratiquée la première fois par Ambroise Paré, qui eut l'idée d'étreindre d'un bout de fil les artères coupées, se généralisa bien vite. Cependant en 1761 Bilquer, chirurgien de l'armée prussienne, effrayé de la mortalité qui sévissait sur les amputés, préconise d'enlever les esquilles sans violence et sans nouvelle effusion de sang, de comprimer légèrement le membre afin de lui rendre autant que possible sa forme naturelle et de panser la plaie avec la charpie imbibée d'essence de myrte et d'alcool. Cette conduite n'eut pas d'imitateur. Il faut arriver en 1803 pour voir Léveillé publier quelques observations dans lesquelles l'abstention systématique lui donna de beaux résultats. Alquier, de Montpellier, un médecin belge, Seutin, parlent dans le même sens.

Plus près de nous des chirurgiens insistent encore sur la nécessité de l'amputation avec des arguments qui, pour leur époque, avaient grande valeur.

C'est ainsi que dans les mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie 1855, nous voyons M. de la Martinière, dans un mémoire sur le traitement des plaies d'armes à feu, réfuter la thèse de Bilguer qui disait avoir guéri ses blessés « autant qu'ils étaient guérissables » sans le triste secours de l'amputation.

« Nous nous faisons un mérite, dit-il, de notre attachement à ces anciennes règles » et plus loin « si l'on en a guéri en attendant presque tout des ressources de la nature, il est sûr que le concours de l'art n'aurait pu qu'augmenter le nombre de ceux qu'on a sauvés ».

Puis suit l'argumentation dont nous trouvons intéressant de donner ici les passages les plus saillants : « Qu'on pèse mûrement les circonstances du déplorable état de la plaie et tout ce que la nature a d'effort à faire pour la guérison et l'on connaîtra combien l'art peut lui prêter de facilités en abrégeant le travail pénible de la séparation des chairs qui ne peuvent être conservées, en mettant toutes les parties délabrées de niveau, en sciant le bout de l'os, enfin en changeant l'aspect d'une plaie affreuse en une plaie plus simple, plus égale, d'une moindre étendue et qui doit rendre l'ouvrage nécessaire de la nature pour la guérison beaucoup moins pénible et assurer d'autant plus le succès ». Et plus loin en un style dont la tournure scientifique dissimule mal l'obscurité des idées qu'il a voulu exprimer, l'auteur veut expliquer pourquoi les malades meurent parfois « malgré l'opération bien indiquée » : outre le désordre irréparable des parties conservées, il y a dans ces cas des « circonstances étrangères qui ont été inévitables », il parle alors de « défauts de réaction sur les fluides, des coagulations des liqueurs de toute espèce, de trouble dans les esprits animaux, d'engourdissement de l'action vitale ».

Ce qui nous prouve combien les chirurgiens étaient peu d'accord sur la nécessité d'une intervention immédiate, c'est qu'en la même année 1855, un chirurgien de Lille, Boucher, publie plusieurs observations qui tendent à prouver que l'on abuse souvent de l'amputation dans les traumatismes des membres

par armes à feu. « Les grands accidents, dit-il, ne demandent pas toujours les grandes opérations ». Le chirurgien doit considérer attentivement d'un côté les avantages qu'il en attend, et de l'autre les suites fâcheuses qu'il a à craindre. C'est cette juste balance qui doit le diriger dans le choix des remèdes plus doux ou plus violents. Cette considération doit surtout avoir lieu quand il s'agit de l'amputation ».

Il nous semble pourtant qu'avant les temps modernes de la chirurgie, qui commencent avec la mise en pratique de l'antiseptie, les interventionnistes avaient raison.

La gangrène gazeuse, l'infection purulente, le tétanos, les suppurations diffuses menaçaient les blessés et il y avait alors tout intérêt à amputer un membre qui était pour l'organisme une source d'accidents si graves. Malheureusement les chirurgiens d'alors n'étaient point comme maintenant à l'abri de ces mêmes accidents en faisant « plaie nette » et trop souvent les amputés mouraient des maux qu'on avait voulu leur éviter. Les moyennes de mortalité sont en effet effrayantes et nous donnons les suivantes que nous avons trouvées dans une thèse soutenue en 1901 devant la Faculté par le Docteur DELDALLE : MALGAIGNE donne une moyenne de 64,2 °/₀ de mortalité sur 100 amputés, TRÉLAT, 55,5 °/₀, POINSOT, 50,6 °/₀, THOMAS, 39,9 °/₀ ; d'autres chirurgiens : CALLENDES, HOLMES, BURDETT étaient plus heureux, mais la mortalité dépassait 1/5.

En chirurgie de guerre, les résultats n'étaient pas plus satisfaisants. Pour la cuisse, BILLROTH note 60,8 °/₀ de décès, pour le bras 25 °/₀, pour la jambe 23 °/₀, et il suffit de se rappeler l'énorme mortalité qui sévit dans les hôpitaux de Paris lors de la dernière guerre. L'apparition de l'antisepsie a rendu les chirurgiens maîtres du terrain et dès lors sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse, ils purent attendre que la nature réparât spontanément le mal. A propos des écrasements périphériques, des traumatismes de la main, par exemple, VERNEUIL (Traumatismes et infections, 1886); TRÉLAT (Sur la nature et la valeur des progrès récents dans les amputations des membres, 1887); POLAILLON et bientôt avec eux tous les chirurgiens purent dire :

« N'excisez, ne régularisez rien avec le bistouri, pas d'amputations, pas de résections, faites de l'antisepsie et abstenez-vous, laissez à la nature le soin de sauver tout ce qu'elle peut sauver ; elle conserve plus que nous et fait au mal une rançon toujours moindre. »

RECLUS généralisa cette méthode et l'étendit aux cas où il s'agissait de tout un membre.

Dans son mémoire de 1896, il condamne formellement l'amputation immédiate et lui « substitue le dogme de la conservation systématique sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse suivie d'un véritable embaumement ».

Nous discuterons tout-à-l'heure les réels avantages de cette méthode et les quelques déboires qu'elle a pu donner. Disons maintenant que son application telle que l'a préconisée RECLUS a suggéré plusieurs travaux où l'on trouve quelques restrictions. LEJARS dans son traité de Chirurgie d'urgence déclare qu'en certains cas, on est parfois obligé d'avoir recours à l'amputation immédiate, en particulier lorsqu'il y a trop grand danger d'infection ou lorsque, cette infection étant établie, la présence du membre devient un danger pour l'organisme.

Nous trouvons la même opinion dans une thèse soutenue devant la Faculté de Médecine de Lille en 1902 par le docteur DELDALLE. La discussion n'est pas encore terminée.

Quelques auteurs partisans de l'amputation immédiate ont cherché un antiseptique qui mette complètement à l'abri de l'infection, et le docteur THIRIAR, professeur à l'Université de Bruxelles, déclare en 1904 à l'Académie Royale de Médecine qu'il s'abstient de toute intervention sanglante immédiate, car avec les pansements oxygénés on peut toujours attendre quelques jours.

La question a été mise à l'ordre du jour du dernier congrès de Chirurgie, et M. NIMIER, professeur au Val-de-Grâce, a présenté un important rapport intitulé : « De la conservation dans le traitement des traumatismes des membres ».

Dans ce travail, l'auteur étudie les différentes indications thérapeutiques qui découlent des lésions :

1° Du système des leviers — système ostéo-articulaire ;

2° Du système moteur musculaire ;

3° Des agents vasculaires et nerveux qui l'irriguent et qui l'animent ;

Et enfin 4° De la gaîne d'enveloppe cutanéo-aponévrotique.

Il envisage donc la question à un point de vue général et laisse dans l'ombre l'étude de la mutilation des membres. Ce sont ces grands traumatismes qui attireront particulièrement notre attention.

CHAPITRE II

La méthode de Reclus et les modifications qu'on y a apportées. — *Observations personnelles.* — La méthode de Reclus telle qu'il l'expose dans la *Revue de Chirurgie* est vraiment d'une idéale simplicité et nous la suivrons pas à pas.

Sitôt son arrivée à l'hôpital le blessé est mené à la salle d'opération ; s'il est en état de schock ou si le collapsus paraît menaçant, on fait une injection de sérum artificiel, on relève le cœur par la caféine ou l'éther, on l'enveloppe d'alèzes chaudes, on expose largement la région traumatisée. Si l'examen provoque de la douleur et si les cris et les mouvements du malade « impriment au chirurgien une hâte qui serait regrettable » il faut donner quelques inhalations d'éther. Puis le membre est largement savonné, la peau rasée puis brossée et passée à l'alcool et à l'éther. Ce n'est que lorsque la peau est bien désinfectée qu'on passe aux plans profonds. On enlève les esquilles, les débris de muscles et de tendons et avec un injecteur rempli d'eau bouillie, à la température de 60°, on fouille toutes les anfractuosités de la plaie : les corps étrangers, les caillots sont expulsés par la force du jet et l'on ne doit s'arrêter que lorsque tout le foyer traumatique a été longuement irrigué. Reclus a attribué à l'eau à 60° plusieurs qualités : elle est par ellemême antiseptique, elle exalte l'activité des antiseptiques, elle est hémostatique et arrête l'hémorragie en nappe, enfin elle réchauffe le blessé d'une façon manifeste.

On procède à la ligature des gros vaisseaux et l'on essuie minutieusement le foyer traumatique avec un tampon imbibé de permanganate. C'est lorsque cette désinfection minutieuse est effectuée qu'on procède à l'embaumement. « L'embaumement, selon la définition de Reclus, consiste dans l'application d'une pommade polyantiseptique qui contient une très grande quantité de substances actives dont les unes absorbables comme le sublime corrosif, l'acide phénique, et l'iodoforme sont en faible proportion, tandis que les autres, peu absorbables, comme l'acide borique, le salol, l'antypirine, sont distribuées plus abondamment. »

On imbibe des bandes de tarlatane de cette pommade et on les fait pénétrer dans tous les clapiers que présente le foyer. On recouvre le tout d'une couche de coton hydrophile et l'on fait avec une bande de tarlatane mouillée un pansement compressif qui en tassant les chairs, leur permet de se prêter un mutuel appui pour leur régénération et chasse dans le pansement l'excès de pommade antiseptique.

Si, dès les premiers jours, le pansement est traversé par de la sérosité sanguinolente, on remet une couche de coton hydrophile, il ne faut refaire le pansement que si la température monte ou s'il se dégage une odeur trop désagréable.

Au bout de trois semaines en général « le mort est séparée du vif » et les parties sphacélées sont éliminées, on attend encore quelque temps que les surfaces soient bien bourgeonnantes et c'est alors seulement qu'on fait le travail de régularisation. Il faut détacher à la rugine les parties molles qui recouvrent les extrémités osseuses, relever le périoste assez haut pour avoir un lambeau bien étoffé et, comme presque toujours à un défaut de peau d'un côté correspond un excès de peau de l'autre côté, on arrive à avoir un résultat définitif excellent. Et Reclus termine son rapide exposé par ces mots : « Désormais plus d'amputations traumatiques ».

C'est cette méthode qu'applique, depuis 1896, notre maître M. le professeur Folet, en y apportant toutefois les modifications qu'ont suscitées les idées nouvelles sur l'antisepsie : nous voulons parler de l'emploi de l'eau oxygénée dont l'usage est devenu de pratique courante, surtout dans les cas où l'on a à craindre particulièrement l'action néfaste des anaérobies.

En effet l'emploi des antiseptiques chimiques suscite maintenant du scepticisme et même de la crainte à cause de leur influence néfaste sur les tissus auxquels il faut ajouter leur action toxique toujours à redouter dans des organismes déjà débilités, et l'oxygène, en excitant la vitalité des tissus et en empêchant le développement des anaérobies, est de plus en plus employé : soit sous forme d'eau oxygénée, soit, comme l'a préconisé Thiriar, sous forme gazeuse, soit sous forme de produits chimiques qui, au contact des tissus, dégagent de l'oxygène naissant.

La pommade polyantiseptique employée dans le service de l'hôpital St-Sauveur a la formule suivante :

Vaseline	500 grammes
Antipyrine	40 »
Salol	50 »
Sublimé	0,75
Acide phénique. .	7,75
Iodoforme	10 »

Toujours nous avons vu pratiquer l'embaumement

tel que le préconise Reclus avec la pommade dont nous venons de donner la formule et cependant nous avons vu exprimer dans le rapport de Nimiez cette idée que même dans ces cas la chirurgie pouvait se contenter d'être aseptique. Il ne faut pas s'acharner, d'après cet auteur, à détruire les microbes mais bien plutôt s'efforcer d'aider la nature dans l'élimination des germes microbiens et l'excrétion de leurs toxines. L'élimination des germes doit être assurée par des procédés d'ordre physique : c'est en lavant, en débridant au besoin pour chasser les corps étrangers porteurs de germes pathogènes, c'est en appliquant sur le foyer traumatique un pansement absorbant qui aspirera les humeurs souillées de microbes auxquels elles font un milieu de culture favorable, qu'on arrivera à ce résultat.

Quant à l'excrétion des toxines, elle sera assurée par le libre fonctionnement des émonctoires cutané, intestinal et rénal : de ces différentes idées est née la conception, neuve encore, de l'embaumement de Reclus sans antiseptique.

Nous ne pouvons dire encore ce que vaut cette méthode, car nous ne l'avons jamais vu employer et quoique ses promoteurs, Thiriar entre autres, en signalent les bons résultats, il nous semble pourtant qu'il serait au moins prématuré d'abandonner ici l'antisepsie. Nous verrons tout à l'heure, à propos d'une de nos observations, que malgré l'application rigoureuse de l'asepsie puis de l'antisepsie nous avons observé un cas de gangrène gazeuse : ce qui nous porte à croire que deux précautions valent mieux qu'une et qu'il faut mettre tout en œuvre pour éviter de pareils accidents qui deviennent d'ailleurs de plus en plus rares.

La technique que nous suivons pour l'embaumement est donc une méthode mixte, et par là elle est peut-être la meilleure : nous avons conservé l'emploi de la pommade polyantiseptique en y ajoutant celui de l'eau oxygénée et des pansements absorbants au moyen de gaze stérilisée et de coton hydrophile. Après le lavage méticuleux à l'eau oxygénée et la pose des ligatures au catgut nous arrosons largement le foyer traumatique avec du sublimé pour enlever l'excès d'eau oxygénée : l'observation nous a démontré que cette dernière agissait d'une façon manifeste sur les catguts, elle en hâte la résorption et la résorption trop hâtive des ligatures peut faire craindre une hémorragie secondaire.

N'oublions pas d'ajouter qu'il est de règle maintenant de faire dans ces cas une *injection préventive de sérum antitétanique* : les plaies que nous observons chez nos grands blessés, souillées par de la boue, sont presque sûrement infectées par le bacille de Nicolaier, et quoique l'antisepsie mette ce bacille dans de moins bonnes conditions de pullulation en agissant sur les agents pyogènes et septiques qui sont pour ainsi dire des complices sans lesquels il devient impuissant, il est prudent de neutraliser la toxine par ce sérum dont l'action préventive n'est plus contestée. Cette précaution a dans tous les cas mis nos blessés à l'abri du tétanos.

Nous allons maintenant publier les observations personnelles que nous avons pu recueillir ; nous les commenterons ensuite.

Observation I. — *Broiement des deux jambes et de l'avant-bras droit.* — (Accident de chemin de fer). — Mme X.., 37 ans, garde-barrière, Rosult.

Le 9 juin 1905, en traversant la voie, la nommée X... est renversée par un train. Elle a perdu connaissance et ne se rappelle plus ce qui s'est passé.

Une heure après l'accident MM. les docteurs Corez et Thiroux, de St-Amand, arrivent près de la blessée et constatent ce qui suit :

Membre inférieur droit : Le pied est broyé et désarticulé au niveau de l'articulation tibio-astragalienne.

Membre inférieur gauche : Broyé vers la partie moyenne.

Avant-bras droit : Broyé vers la partie moyenne. Plaies contuses du cuir chevelu et du sacrum. État de schock.

Le docteur Corez enlève de quelques coups de ciseaux les tronçons de la jambe gauche, de l'avant-bras, ainsi que du pied droits ; ces membres ne tenant plus que par quelques tendons et muscles contus dont on ne pouvait rien espérer. Puis, après avoir désinfecté les plaies aussi soigneusement que possible, et fait les pansements, le docteur Corez évacue la blessée sur l'hôpital St-Sauveur, où nous la voyons l'après-midi avec M. le docteur Juste Colle, chef de clinique.

L'état de schock persiste : la blessée est pâle et répond à peine aux questions, le pouls est rapide et petit. Vu la gravité de l'état général on se contente de relever les forces de la malade au moyen de sérum et de caféine.

Le 11 juin on fait conduire la malade à la salle d'opération. Son état général est meilleur, le pouls est plus ample. La température est à 37° le soir.

Examen de la blessée. — Avant-bras droit : Le cubitus et le radius sont broyés à leur partie moyenne. La peau est sectionnée au 1/3 supérieur avec un lambeau inférieur un peu plus long que le supérieur. Du pourtour du lambeau cutané à l'extrémité des os on observe un cône musculaire de 3 à 4 centimètres.

Membre inférieur gauche : La jambe gauche est broyée vers sa partie moyenne. La peau est sectionnée presque circulairement vers le lieu d'élection. Elle est légèrement décollée sur les bords. On observe un cône musculaire assez volumineux que dépassent légèrement les extrémités des os broyés.

Membre inférieur droit : De ce côté il y a eu une désarticulation tibio-tarsienne. La peau a été arrachée à 5 cm. de l'extrémité inférieure du tibia, recouverte de son cartilage articulaire.

La peau est savonnée, rasée, brossée puis lavée à l'alcool et à l'éther, après quoi on passe à la désinfection soigneuse des foyers traumatiques à l'eau oxygénée puis au sublimé. On procède à l'embaumement avec la pommade poly-antiseptique et l'on applique un pansement absorbant, gaze aseptique, coton hydrophile.

Les jours suivants la température reste normale. Les forces reviennent. On est obligé de refaire l'embaumement de la jambe gauche : car le pansement est traversé et dégage une odeur désagréable.

Première intervention. — Un mois après l'accident on régularise l'avant-bras droit, quelques débris de muscles et de tissus cellulaires se sont éliminés mais la peau est saine et les tissus bourgeonnent. La régularisation porte sur l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

Cette première intervention est bien supportée quoique la température atteigne 38° le soir pendant quelques jours.

Deuxième intervention. — Dans les premiers jours du mois d'août on régularise la jambe gauche, au niveau de laquelle on a continué l'embaumement. Localement l'état est satisfaisant et l'on a un lambeau cutané suffisant pour faire porter la régularisation sur le lieu d'élection.

L'incision partie au ras de la peau va directement jusqu'aux os qu'on rugine ensuite et qu'on scie dans le haut de la plaie de façon à avoir un lambeau bien étoffé.

Le lendemain de l'opération la température est à 38° le soir : elle ne tarde pas à descendre à 37°.

Troisième intervention. — Quinze jours après, amputation de la jambe droite au lieu d'élection, on profite de l'anesthésie pour réséquer un bout du tibia gauche qui tend à faire saillie.

La blessée supporte très mal cette troisième intervention. Pendant 15 heures elle est dans un état de schock très prononcé. Des injections de sérum, de caféine, d'éther la tirent de cet état.

La température ne monte qu'à 37°5 pendant quelques jours. L'état général devient meilleur en même temps que la cicatrisation se fait par seconde intention au niveau des différentes régions opérées.

Dès le début d'octobre la malade est guérie : elle attend que ses appareils soient terminés pour sortir de l'hôpital.

Observation II. — *Broiement du membre inférieur droit.* — (Accident de chemin de fer). — G... Jacques, âgé de 55 ans 1/2, est conducteur de trains au chemin de fer du Nord depuis 28 ans.

Le 5 octobre 1905, à 4 heures 1/2 du matin, voulant traverser la voie après le passage d'un train, il est renversé par une locomotive arrivant en sens inverse. Il tombe engagé sous la machine, qui lui ampute le membre inférieur droit au niveau du genou.

Le blessé ne perd pas connaissance, et une fois retiré de dessous la locomotive, il a la présence d'esprit de se faire serrer la cuisse avec un mouchoir.

Amené d'urgence à l'hôpital Saint-Sauveur, on constate que la cuisse est coupée à la partie toute inférieure, juste au-dessus des condyles fémoraux. Les tissus sont très contus, déchiquetés, la section osseuse est en bec de flûte.

On procède d'abord au nettoyage de la peau à la brosse et au savon, ensuite au lavage prolongé de la plaie à l'eau oxygénée tiède, puis au sublimé. Ligature de la fémorale et des veines satellites. Les anfractuosités de la plaie sont bourrées de gazes iodoformées, imprégnées de pommade polyantiseptique. Pansement occlusif ordinaire, injections de 10 centimètres cubes de sérum anti-tétanique et de 500 gr. de sérum artificiel.

Le lendemain le blessé ayant de la température, on refait un lavage de la plaie, suivi d'embaumement. La température persistant, on refait 3 pansements la semaine suivante. Au cours de la troisième semaine on ne refait plus que 2 pansements. Enfin le 23 octobre la température baisse et l'état général remonte rapidement.

Quelques lambeaux de peau et de tissu cellulaire sphacélés sont encore en voie d'élimination. L'extrémité sectionnée du fémur fait saillie au milieu de bourgeons de bon aspect. On n'attend plus maintenant que l'élimination des derniers sphacèles pour régulariser l'amputation.

15 novembre. — L'état général est bon quoiqu'on observe un peu d'amaigrissement. La température est normale.

16 novembre. — Intervention. — La peau est complètement recollée contre les muscles et est absolument saine. Les masses musculaires ont bon aspect et toutes les parties sphacélées sont éliminées. Le fémur coupé en biseau aux dépens de sa face postérieure et jusqu'à la naissance des condyles en avant fait saillie au milieu des masses musculaires ; il est recouvert de son périoste et nullement nécrosé. La rotule est adhérente en bas à ce qui reste des condyles.

Opération. — On taille un cône musculaire en partant du lambeau cutané qui forme une légère ellipse dont l'extrémité supérieure est à la partie interne de la cuisse. L'os est scié à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen.

Les vaisseaux fémoraux sont liés. Pansement à la pommade polyantiseptique. On bourre la plaie qu'on laisse ouverte.

Le lendemain soir la température est à 37° puis elle tombe à 37°5 et à 37°. L'état général est bon Le pansement n'est pas souillé. Dès lors la cicatrisation s'effectue normalement. Pourtant la plaie est longue à se fermer et la guérison n'est complète qu'au commencement du mois de février. Le blessé sort de l'hôpital le 5 février.

Observation III. — *Broiement du membre inférieur droit.* L..., Jean-Baptiste, âgé de 50 ans, conducteur de trains depuis 24 ans à la Compagnie du chemin de fer du Nord, est renversé par une locomotive en gare de Don-Sainghin, le 4 novembre 1905, à 10 heures du soir.

Sur le moment personne ne s'aperçut de l'accident C'est par hasard qu'un homme d'équipe en passant croit apercevoir un corps sur la voie Regardant alors plus attentivement il découvre ce qui suit :

L'homme est étendu dans l'entre-voie. La tête appuyée sur un rail. La jambe droite est sur l'autre rail et le pied est écrasé. La jambe gauche est dans l'entre voie et intacte. Le blessé ne donne plus signe de vie et on le croit mort. Cependant avec d'infinies précautions, on arrive à le retirer de dessous la machine.

Un médecin présent fait un pansement sommaire, douloureux pour le blessé qui revient à lui-même et gémit. Puis, d'urgence, il est envoyé à Lille à l'hôpital St-Sauveur, où il arrive à 11 heures 1/2 du soir.

M. le docteur J. Colle, chef de clinique, appelé, constate les lésions suivantes :

A la face, sillonnée d'égratignures, une petite plaie de un centimètre à droite du menton, une autre légèrement contuse à la racine du nez. Au membre inférieure droit le traumatisme a porté sur le pied qui est en bouillie dans la bottine, et sur le tiers inférieur de la jambe, dont les os sont fracassés. Le malade a repris entièrement connaissance ; il semble peu souffrir mais le schock est assez considérable.

M. le docteur J. Colle, après avoir lavé la peau à la brosse et au savon, termine immédiatement au bistouri l'amputation de la jambe, cette dernière ne tenant plus que par quelques muscles écrasés.

Des pinces sont placées sur les vaisseaux qui n'avaient pas saigné jusqu'alors. La plaie, souillée de terre et de petits fragments durs semblables à des cendres de charbon est lavée pendant dix minutes à l'eau oxygénée étendue et bien chaude, puis au sublimé. Les vaisseaux sont liés. Dans toutes les anfractuosités de la plaie on introduit des mèches de gaze iodoformée imprégnées de pommade polyantiseptique.

Pansement occlusif et injection de dix centimètres cubes de sérum anti-tétanique.

5 Novembre. — Le malade a passé une bonne nuit, grâce à une piqûre de morphine. La température est à 37° 2.

15 Novembre. — La température ne monte pas au-dessus de 37°. On n'a pas refait le pansement. Ce dernier est sec. Pas d'odeur.

Le pansement n'est refait qu'au 21e jour On trouve alors une plaie baignant dans le pus, qui, nettoyée, laisse voir une surface bien bourgeonnante et déjà en voie de cicatrisation. Mais le tibia et le péroné font légèrement saillie dans la plaie. Le 29 novembre les os sont dépériostés à la rugine sur une longueur de 5 centimètres et sciés à ce niveau.

Les suites de l'intervention ne présentent rien à signaler, le malade, depuis son accident, n'ayant jamais eu plus de 37° 5 de température.

La guérison est complète le 6 février. Le moignon est bien souple, et plus long que celui obtenu ordinairement par l'amputation au lieu d'élection, le blessé conserve en effet la moitié de la jambe.

Le malade sort de l'hôpital le 8 février.

Observation IV. — *Broiement de l'avant-bras gauche.* — Th. Louis, 29 ans, chauffeur, est blessé le 4 novembre 1905, à 8 heures 15 du matin, par une grue électrique.

Il est amené à l'hôpital Saint-Sauveur avec un pansement provisoire.

L'interne de service lève le pansement et constate les lésions suivantes : l'avant-bras gauche est broyé à sa partie moyenne La peau est arrachée en avant à 6 centimètres au dessous du coude, en arrière, à une dizaine de centimètres au dessous de la pointe de l'olécrane, en arrière la peau est décollée. Un énorme lambeau pend du côté interne. Les muscles, qui sont puissants chez ce sujet, sont encore recouverts de leur aponévrose. Le tout est souillé par du cambouis.

L'interne fait la ligature de la cubitale et de la radiale, mais il y a du suintement sanguin en nappe. Désinfection de la peau, lavage à l'eau oxygénée puis au sublimé, embaumement du moignon à l'aide de la pommade polyantiseptique.

Le soir on est obligé de faire un nouveau pansement car l'hémorragie a persisté malgré l'élévation du membre. Le lendemain matin nouvel embaumement à cause de l'hémorragie en nappe

Le pansement est laissé en place jusqu'au 10 novembre. On trouve un moignon qui commence à bourgeonner au niveau des muscles, le lambeau de peau postérieur se sphacèle en partie à sa partie inférieure.

15 Novembre. — On n'a pas refait le pansement. Pas de suintement. La température est normale. L'état général est bon.

17 Novembre. — Le blessé se plaint de violentes douleurs dans le bras. La température est normale. Le pansement n'est pas souillé. On se décide quand même à l'enlever. Sitôt le pansement enlevé il s'échappe environ deux cents grammes d'un pus brunâtre et fétide qui s'est développé entre les masses musculaires qui paraissent enflammées. Le lambeau cutané postérieur est sphacélé dans sa partie inférieure. Il y a de la rougeur jusque sous l'aisselle. L'articulation est toujours intacte. Pansement humide.

19 Novembre. — La rougeur a disparu. Température et pouls normaux.

22 Novembre. — Nouveau pansement. Les phénomènes inflammatoires sont calmés et si le pansement est encore imbibé de pus on peut l'attribuer aux surfaces bourgeonnantes.

Les lambeaux de peau, de tissu cellulaire et de muscles dont la vitalité était insuffisante sont presque complètement éliminés et l'on constate l'état suivant :

La peau de la région antérieure vit dans une étendue de six centimètres, au dessous du pli du coude, en arrière elle est presque complètement décollée et il reste neuf à dix centimètres de peau saine en dessous de la pointe de l'olécrane Ces deux lambeaux se rejoignent à angle aigu à la partie interne et à la partie externe de l'avant-bras.

On attend pour intervenir que le sphacèle soit complètement éliminé. M. le professeur Folet compte faire porter sa régularisation à cinq ou six centimètres au dessous de l'articulation du coude.

L'amputation est régularisée le 24 novembre, vingt jours après l'accident. Elle est imposée par le volume considérable du moignon musculaire, par l'intensité de la suppuration, et surtout par des menaces d'infection. Il est possible de conserver cinq ou six centimètres d'avant bras.

Les suites sont tout à fait normales. Le malade sort de l'hôpital, complètement guéri, le 17 décembre. Le moignon est bien souple, pas douloureux. L'articulation du coude est parfaitement mobile.

Observation V. — *Plaie de la main par arrachement.* — P... Jules, dix-huit ans, biscuitier.

Le dimanche 28 octobre, à neuf heures du soir, il a la main gauche prise entre l'aile et la paroi supérieure d'un pétrin mécanique. Il tire fortement sur le bras pour se dégager, la main est arrachée par le pétrin et il n'en reste plus que le pouce.

L'hémorragie, assez considérable, est arrêtée par un lien serré autour du poignet. Le blessé est vu une heure après l'accident par un médecin qui fait un pansement sommaire et l'envoie à l'hôpital Saint-Sauveur. Examen de la blessure. Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième, métacarpiens sont arrachés au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne.

La peau du côté palmaire est sectionnée à cet endroit. Du côté dorsal le lambeau a été coupé à la hauteur des articulations métacarpo-phalangiennes. Seul le pouce reste, et est en abduction forcée, mais son articulation carpo métacarpienne est ouverte. Le long fléchisseur propre du pouce est intact mais découvert dans le fond de la plaie. Les muscles de l'éminence thénar et les tendons dorsaux du pouce ne sont point lésés.

Nettoyage de la peau à la brosse et au savon, lavage de la plaie à l'eau oxygénée chaude, puis au sublimé. Embaumement ensuite, à l'aide de gazes iodoformées imprégnées de pommade poly-antiseptique.

15 Novembre. — On n'a pas refait le pansement : la température qui les premiers jours, atteignait 30° le soir, est maintenant normale. Pas de suintement.

29 Novembre. — On défait le premier pansement. Les parties cruentées ont donné naissance à une quantité assez abondante de sérosité purulente et fétide qui imbibe le pansement. Pas d'œdème, pas de rougeur de l'avant-bras. La peau de la région dorsale a subi une rétraction notable. Le reste de la plaie est couvert de bourgeons charnus. La vitalité du pouce est intacte. L'articulation métacarpo-phalangienne de ce doigt est ferme, mais on y observe de l'ankylose. Le blessé peut imprimer quelques mouvements d'adduction au pouce au moyen de ses muscles fléchisseurs.

On fait un second embaumement et l'on remet l'intervention à quelques jours.

Le 28 novembre, le lambeau cutané dorsal, qui est recroquevillé est détaché de ses adhérences, et on le rapproche du lambeau palmaire par trois sutures au crin de Florence (sutures à distance).

Le pouce est peu mobile, mais il est conservé sur le désir du blessé. Il est du reste possible que plus tard il retrouve une partie de sa mobilité.

Le blessé sort peu après de l'hôpital en voie de guérison.

Un petit appareil prenant point d'appui sur le poignet servira de point d'appui au pouce dans ses différents mouvements.

Observation VI. — *Arrachement de deux doigts.* — B. ... Charles, peigneur de lin, 43 ans.

Le 18 octobre 1905, en débourrant un peigne à carder, le nommé B .... Charles, a 2 doigts de la main droite (index et médius) pris entre les dents du peigne. Un médecin, après un pansement sommaire, l'envoie à l'hôpital St-Sauveur où il est examiné par l'interne de garde. Les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius sont ouvertes et les doigts ne tiennent plus que par les tendons fléchisseurs. La peau est arrachée en arrière au niveau de la partie moyenne des métacarpiens. En avant, au niveau des plis digito-palmaires. Rien au pouce ni aux autres doigts. Les doigts dont il n'y a plus rien à espérer sont élevés par la simple section des tendons fléchisseurs et après une désinfection soignée on pratique l'embaumement.

La température reste normale. Vingt-deux jours après l'accident premier pansement. Sur la surface dorsale on observe des bourgeons charnus qui tendent à recouvrir la tête des métacarpiens. En avant la peau a bon aspect. On refait un embaumement en rejetant autant que possible la peau qui se trouve à la partie antérieure pour qu'elle contribue dans la mesure du possible à recouvrir la tête des métacarpiens.

Ces blessés traités dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, nous montrent quels sont les résultats définitifs donnés par l'application de la méthode de Reclus.

D'après Reclus lui-même les avantages de la méthode qu'il préconise résultent : 1° de la gravité des amputations immédiates ; 2° de la possibilité d'éviter les « sacrifices énormes » qu'exigent ces interventions précoces.

Et nos observations viennent confirmer ces affirmations aujourd'hui classiques.

Le schock constitue en effet une contre-indication opératoire de premier ordre. Et il suffit d'avoir vu une fois un grand blessé paur se rendre compte qu'une intervention peut le tuer. Qu'on se rappelle notre observation I.

La blessée a été amenée à l'hôpital à 4 heures de l'après-midi avec les deux jambes et l'avant-bras droit broyés. Très anémiée, épuisée par les hémorragies et fortement ébranlée, répondant à peine aux

questions qu'on lui pose, le pouls rapide et petit, elle nous inspira à première vue les plus vives inquiétudes et si l'on songe un instant à la multiplicité et à la gravité des opérations qu'on aurait dû pratiquer (désarticulation du coude, amputation de cuisse et de jambe) on est convaincu qu'elles eussent amené une issue fatale.

Il faut dans ce cas songer avant tout à la vie des blessés, mettre tout en œuvre (sérum artificiel, caféine, éther) pour les tirer de l'état dans lequel ils se trouvent et surtout éviter d'ajouter au choc traumatique un choc opératoire.

Les statistiques sont là pour prouver la gravité des interventions immédiates, non pas que les malades succombent à l'infection mais au collapsus. C'est ainsi que nous voyons signaler dans la mémoire de Reclus, la statistique d'Oberst, de la clinique de Volkman qui montre que sur quinze désarticulés de cuisse ou amputés du fémur pour cause traumatique, cinq sont morts alors que soixante-quinze amputations ou désarticulations de cause pathologique la mortalité est la même. Le pourcentage de mortalité est dans le premier cas de trente-trois pour cent, dans le second de cinq, six, seulement.

Si l'on envisage les résultats définitifs, les avantages de la méthode de conservation sont le plus souvent indiscutables.

Sitôt après l'accident les dégâts paraissent souvent plus considérables qu'ils ne le sont en réalité : les muscles et les tendons sont broyés et rompus, les vaisseaux et tes nerfs sont déchirés, la peau est souvent décollée et meurtrie. Pour faire une bonne amputation immédiate, pour obtenir un lambeau bien étoffé dont on ne craindra pas le sphacèle, il faudra tailler «en plein drap», faire porter l'opération haut, très haut, et l'on sera amené à faire pour un broiement de la jambe une amputation de cuisse au 1/3 inférieur, pour un broiement de l'avant-bras une désarticulation du coude ou une amputation du bras. La nature se montre spontanément plus économe : l'on voit des lambeaux décollés et contus qui paraissaient voués au sphacèle se recoller et reprendre leur vitalité, des muscles qu'on croyait devoir s'éliminer reprennent bon aspect et forment l'étoffe d'un bon lambeau : en tous cas au bout de quelques semaines on est fixé sur l'état exact du foyer traumatique : les parties qui devaient se sphacéler sont éliminées et le chirurgien peut en connaissance de cause décider de la conduite à tenir.

L'étude de nos observations montre tout le bien qu'ont retiré nos blessés de la conservation systématique.

A la grande blessée du chemin de fer, il eût fallu faire une désarticulation du coude droit, on eût probablement pratiqué une amputation de cuisse au 1/3 inférieur, à gauche, et à droite une amputation de jambe au lieu d'élection. Elle a conservé le tiers supérieur de son avant-bras droit qu'elle fait mouvoir facilement, chose capitale au point de vue de la pose d'un appareil de prothèse : on a régularisé la jambe gauche au point d'élection et si l'on a pratiqué une amputation de jambe au lieu d'élection à droite c'est que la nécessité pour la blessée de porter un pilon à gauche rendait inutile la présence d'un plus long tronçon du membre : on s'est décidé à la faire marcher sur deux pilons.

Dans notre deuxième sbservation le blessé qui a eu la cuisse gauche broyée à la partie inférieure eût subi immédiatement après l'accident une amputation au tiers supérieur ; on a pratiqué la régularisation de la partie inférieure, réduisant ainsi l'exérèse au minimum. Le blessé est actuellement guéri.

Chez notre troisième blessé qui a eu la jambe broyée au tiers inférieur, il a suffi de dénuder l'os sur une longueur de quatre à cinq centimètres et d'en faire la résection pour obtenir un moignon trés satisfaisant une fois la cicatrisation terminée. Le malade conserve ainsi à peu près douze centimètres de la jambe.

Une intervention immédiate chez notre quatrième blessé qui eut l'avant-bras droit broyé sous une grue électrique eût consisté en une désarticulation du coude, peut-être même eut-il été plus prudent de faire une ampatation du bras à la partie inférieure.

Or il a été possible de conserver à ce blessé un tronçon d'avant-bras. L'articulation du coude, mobilisée en temps voulu, permettra le port d'un bon appareil prothétique avec maintien de la fonction du coude.

Du même que le jeune homme (observation V) qui eut la main broyée par un pétrin mécanique. L'application de la méthode Reclus lui a valu la conservation de son pouce, et l'on sait combien est utile la présence de ce doigt, même en l'absence des métacarpiens puisque la pose d'un petit appareil peut remplacer, ces os qui ne jouent qu'un rôle passif, en servant de points d'appui au pouce.

Notre dernière observation (arrachement de deux doigts de la main droite) diffère des autres : il ne s'agit pas ici de la conservation puisque les deux doigts, qui ne tenaient qu'à peine ont dû être enlevés immédiatement, il s'agit d'embaumement pur et simple, et nous avons pu voir une vaste plaie du dos de la main bourgeonner rapidement sous un embaumement polyantiseptique. La rareté des pansements qu'entraîne l'application de cette méthode est probablement la cause efficiente de la rapidité de ce bourgeonnement.

Il n'est point besoin d'insister davantage : au point de vue vital aussi bien qu'au point de vue fonctionnel la méthode purement expectative de Reclus nous a donné ainsi qu'à tant d'autres d'excellents résultats, et l'on s'étonnera peut-être de nous voir maintenant nous poser cette question : la méthode de Reclus doit-elle être appliquée par principe et à tous les cas et cette règle générale ne souffre-t-elle pas d'exceptions? S'il est des exceptions quelles sont-elles ?

(*A suivre*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'emploi du nom d'un médecin dans une réclame pharmaceutique.

Le docteur Metchnikoff et le ferment lactique.

Chacun de nous est propriétaire de son nom patronymique tout autant que de ses biens corporels ou incorporels, tout autant que de son honneur. Chacun a, par conséquent, le droit de défendre la propriété et l'usage de son nom contre les usurpateurs, tout autant que la propriété de ses biens contre les voleurs, tout autant que la propriété de son honneur contre les diffamateurs. Ce principe est naturellement applicable au médecin comme à toute autre personne, et il en résulte cette conséquence particulière qu'un médecin, bien qu'il ait préconisé une substance comme médicament, n'en a pas moins le droit de s'opposer à ce que son nom serve de réclame à la vente de cette substance par un pharmacien.

Ainsi décidé, sur la demande du docteur Metchnikoff, par le tribunal civil de la Seine, dans un jugement du 4 mars 1905, qui indique clairement les faits et circonstances de la cause.

Le tribunal : — Attendu que X..., pour recommander au public un produit de sa fabrication qu'il dénomme le Ferment Robert, a répandu des prospectus dans lesquels il énonce que « le docteur Metchnikoff, de l'Institut Pasteur, ne parle rien moins que de retarder la vieillesse en supprimant les maladies avec les ferments qui font la base du Ferment Robert » ; qu'en outre, et dans un tableau-affiche apposé à Paris, boulevard de Clichy, X... allègue que son produit serait « le seul contenant les ferments préconisés par le docteur Metchnikoff, de l'Institut Pasteur » ; que, sur ledit tableau affiche, les noms de Ferment Robert et docteur Metchnikoff apparaissent en lettres capitales, de manière à frapper et à attirer particulièrement l'attention du public ;

Attendu que Metchnikoff, voyant dans ces faits une usurpation de son nom, demande au tribunal d'y mettre fin et de condamner X... à 1 franc de dommages-intérêts ainsi qu'à l'insertion à ses frais du présent jugement dans cent journaux ; qu'à l'appui de sa demande, il explique que si, à la vérité et en thèse générale, il a préconisé l'emploi du ferment lactique, c'est sous la condition sous-entendue que ce ferment soit préparé avec toute la rigueur scientifique qu'exige la fabrication d'une substance appelée à jouer un rôle considérable dans l'hygiène publique ; qu'en pareil cas, tant vaut la préparation, tant vaut la substance elle-même ; qu'étant et voulant rester complètement étranger aux préparations de X..., il ne saurait les laisser couvrir de son nom ; qu'en dehors de l'intérêt public qui est engagé dans cette question, Metchnikoff invoque encore un intérêt d'une autre nature ;

Attendu, en effet, qu'il justifie avoir accordé à un tiers le droit de se recommander de sa méthode scientifique pour la vente d'un produit dénommé « lacto-baciline » et renferment réellement le ferment lactique par lui préconisé ; que, bien qu'ayant accordé ce droit à titre purement gratuit et dans le seul but d'assurer la préparation méthodique d'un produit concernant l'hygiène publique, il n'en a pas moins intérêt, ne serait-ce qu'au point de vue moral, à empêcher toute confusion entre le produit auquel il a donné son patronage scientifique et celui de X...; que les agissements de ce dernier lui ont causé un préjudice dont la réparation lui est due; qu'ainsi, à tous égards, sa demande est recevable et fondée ;

Attendu que X..., sans méconnaître aujourd'hui le bien fondé de cette demande, se borne à invoquer sa bonne foi ; qu'il affirme avoir agi dans la croyance qu'il n'excédait pas son droit ; qu'enfin, il déclare avoir cessé de fabriquer le produit incriminé ;

Attendu qu'en raison de ces circonstances et tout en accueillant en principe la demande de Metchnikoff, il n'y a lieu d'ordonner les insertions par lui réclamées ;

Par ces motifs ; — Fait défense à X... de se servir du nom de Metchnikoff pour la vente de ses produits ; Condamne X... à payer à Metchnikoff la somme de 1 franc à titre de dommages-intérêts...

Cette décision est conforme à la jurisprudence antérieure. Déjà il avait été jugé que si, en matière de produits pharmaceutiques, il est permis à tout pharmacien de fabriquer un remède dont il croit posséder la formule, c'est à la condition de l'exploiter sous son nom, sans se servir, de quelque manière que ce soit, du nom d'autrui pour recommander ses produits. Cour de Paris, 15 mai 1858 et Cour de cassation, 31 janvier 1860 (*Annales de la propriété industrielle*, 1860, 100 et 108).

Et le droit du médecin, sous ce rapport, appartient également à sa famille. Aussi a-t-il été jugé que le nom d'un savant illustre ne peut, contrairement à la volonté de ses enfants, être employé par un tiers pour servir de dénomination à un produit industriel. Tribunal civil de la Seine, 3 novembre 1897.

J. JACQUEZ.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les gens qui n'enfoncent pas dans l'eau

Certains sujets n'enfoncent pas dans l'eau. M. Ferrier (*Arch. gén. de méd.*, 1904, n° 18) attribue cette particularité à une diminution de leur poids spécifique ; une déminéralisation du tissu osseux serait cause du phénomène. Admettons l'interprétation. La conclusion thérapeutique aboutit à la prescription de sels de chaux. C'est là une application nouvelle de la reminéralisation des tissus. On voit d'ici l'effarement du client à la question du médecin : « Pardon, Monsieur, surnagez-vous dans l'eau »? Le malheureux n'y a jamais pris garde. Il ira se baigner et après expérience faite reviendra auprès du médecin. « Oui, docteur, je surnage ». « Très bien, prenez deux cuillerées par jour de cette préparation phosphatée. »

Nous ne savons si l'explication de M. Ferrier est juste. Ce qui paraît évident, c'est à la fois l'existence de ce singulier phénomène et aussi sa localisation sur certains sujets de prédilection. La plupart sont des hystériques. Il semble qu'avec la répétition des séances balnéaires, l'aptitude à surnager s'atténue. Un neurologiste du siècle dernier, Pierre Pomme, traitant ses malades par les bains, écrivait cette phrase curieuse. « En raison du racornissement des tissus, les malades surnageront d'abord dans la baignoire, mais l'absorption d'eau par le tégument, les plongera, tôt ou tard, au fond ». Sauf fantaisie imaginative de Pierre Pomme, c'est donc que ses clients au début n'enfonçaient pas dans l'eau.

La chose est parfaitement possible. Elle confirme nombre de documents qui nous viennent de l'antiquité et du moyen âge. Pline dit qu'en Scythie (Capdebon, la *France méd.*, 25 juin 1905) et ailleurs ceux qui fascinaient et donnaient la mort par un regard — en un mot les sorciers du temps n'enfonçaient pas dans l'eau. — Vers le IXe siècle, l'épreuve de l'eau froide se répandit en France. Les sujets suspects de sorcellerie étaient jetés à l'eau, les poignets attachés sous les jarrets. S'ils surnageaient, c'était le bûcher sans autre forme de procès. Le chef des Manichéens, en 1114, fut jeté dans une cuve, à titre de renseigner le peuple sur son degré d'orthodoxie. Il y surnagea comme du bois le plus léger. La preuve était péremptoire. Et sans attendre le jugement du concile de Beauvais, le peuple brûla tous les hérétiques.

Les abus devinrent tels que l'Eglise dut s'en mêler. En 1215, le concile de Latran défendit aux ecclésiastiques d'accorder leur créance à une semblable épreuve. Que les corps surnageassent ou non, la chose importait peu en vue de la damnation éternelle ou du salut.

Mais voici la réforme; avec elle toutes ces questions de diablerie se mettent à fleurir de plus belle.

Elles s'épanouissent en Allemagne et très vite passent la frontière de France. Seulement notre pays se montre plus humain. On se contente d'exiler les sujets qui n'enfoncent plus dans l'eau. En Allemagne on continue de les brûler. Adolphe Scribonius, habile philosophe, ayant vu à l'épreuve dans le duché de Westphalie, trois sorcières surnager dans la rivière, fournit la cause convaincante du phénomène. « Les sorciers étaient nécessairement plus légers que les autres hommes, parce que le démon, dont la substance est spirituelle et volatile, pénétrant toutes les parties de leur corps, leur communiquait de sa légèreté. De telle sorte que devenus moins pliants que l'eau, il était impossible qu'ils enfonçassent. » C'était évident. Les arguments de Scribonius servirent à brûler les gens sans scrupule. Nous n'avons pas à nous en étonner : Scribonius est mort, sa manière d'établir une vérité demeure courante. A l'aide d'idées préconçues, nous posons les prémisses et les raisonnements s'élèvent irréfutables et logiques.

(*Gazette des Eaux*).

ALCOOLIA

Un nouveau mode d'intoxication alcoolique

Les médecins américains commencent à s'inquiéter d'une nouvelle forme d'intoxication alcoolique qui vient de faire son apparition aux Etats-Unis. L'eau-de-vie peut maintenant être non seulement bue, mais mangée. On vend, en effet, en Amérique, dans les grandes villes, des biscuits et des gâteaux secs qui renferment une assez grande quantité de whisky. Le bureau d'hygiène des États-Unis a commencé une véritable croisade contre les fabricants et les marchands de ces dangereux produits. A Manchester, on commence à vendre un autre produit non moins toxique : c'est du sucre candi contenant de l'alcool à très forte dose. (*Gazette des Sciences médicales*).

MOTS DE LA FIN

Conserves fumées

C'est dans un grave journal, dans la sévère *Gazette des Hôpitaux* (18 avril 1899), qu'a été recueilli le mot de la fin suivant :

Un client est allé consulter son médecin pour un petit mal d'œil :

« Bassinez-vous avec de l'eau de roses, lui dit le docteur, et ne sortez qu'avec des conserves fumées », vous savez ce que c'est? — Parfaitement. Deux jours après, le médecin rencontre son client qui, depuis la veille ne sortait plus qu'avec un jambon sous le bras.

(*Centre Médical*).

BIBLIOGRAPHIE

Anémie des mineurs. — Etiologie, séméiologie, prophylaxie, organisation médicale, in-8° avec planches, par le Docteur E. François, délégué à l'enquête sur l'ankylostomiose. — A. Maloine, Editeur, 25-27, Rue de l'École de-Médecine, Paris.

Ce petit livre met au point de vue la question ancienne et controversée de l'*anémie des mineurs*. Les causes de cette affection seraient, pour le bassin houiller du Nord et du Pas-de-Calais, tantôt l'ankylostome, plus souvent l'ascaris et le tricocéphale, tantôt l'anthracose ou encore l'insuffisance de l'air ; dans bien des cas, enfin, elles seraient à la fois parasitaires et physiques.

Quoiqu'il se rapporte aux charbonnages du nord de la France nous pensons que l'ouvrage intéressera les médecins et les ingénieurs de tous les pays miniers, et même des agglomérations industrielles en général ; car, si les conditions du travail au sein des galeries souterraines sont à peu près les mêmes partout, la vie et l'hygiène des cités ouvrières, quelles qu'elles soient, présentent aussi bien des points communs.

Mais, en même temps qu'une œuvre de médecine pratique et d'hygiène, le Docteur François a voulu faire une œuvre sociale, en abordant, à propos du service médical des houillères, la question toute d'actualité des rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels, qu'il résolut avec le plus évident souci d'équité.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Ecartement du cancer du gros intestin**, par le docteur V. Pauchet, Coulommiers. *Brodard*, 1905.

— **Corps étranger du larynx, trachéotomie**, par le docteur Douriez, Amiens, *Imprimerie Picarde*, 1905.

— **Contribution à l'étude de la tuberculose rénale, et particulièrement de son traitement chirurgical**, par le docteur V. Pauchet, extrait de la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1905.

— **Résultats éloignés de la prostatectomie pour hypertrophie de la prostate**, par le docteur V. Fauchet, Evreux, *Hérissey*, 1905.

— **Revue d'urologie**, par le professeur Gérard, extrait du *Journal de pharmacie et de chimie*, 1 Décembre 1905.

— **Contribution à l'étude clinique du salicylarsinate de mercure** (énésol), par le docteur L. Loquin, thèse. Lyon, 1905.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

DU 18 FÉVRIER AU 17 MARS 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	16	20
3 mois à un an	18	16
1 an à 2 ans	7	11
2 à 5 ans	6	7
5 à 20 ans	13	5
20 à 60 ans	55	62
60 ans et au-dessus	55	65
Total	170	186

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 1 an	Diarrhée et entérite : de 1 à 2 ans	Diarrhée et entérite : plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	»	»	2	1	1	»	»	»	»	»	»	10	21	22
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	6	»	3	3	»	»	4	4	3	4	2	»	»	»	»	»	18	47	38
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	3	»	»	2	2	6	»	1	»	»	»	»	»	8	23	28
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	3	1	1	3	»	»	3	5	6	3	3	»	»	1	1	»	12	35	87
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	11	2	»	5	»	»	1	3	3	2	6	»	»	1	»	»	13	46	70
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	6	1	4	1	1	2	1	6	4	5	5	»	»	»	»	»	10	46	50
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	9	»	»	4	»	1	1	»	»	1	2	»	»	»	»	»	6	24	28
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	1	2	»	1	»	»	»	1	»	»	5	14	22
Fives, 24,191 hab.	1	»	1	»	»	5	4	»	2	»	3	2	»	2	3	1	»	»	»	»	»	8	31	75
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	2	6	8
Sud, 5,908 hab.	1	»	»	»	»	4	»	»	2	»	»	»	1	1	1	»	»	»	1	»	»	6	17	27
Total	2	»	1	»	»	54	8	8	25	1	7	15	25	28	21	21	»	»	3	1	»	98	310	445

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 484. Dixième Année. N° 16. Le Numéro : **10** centimes 23 Avril 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

Depuis le 23 avril la grève des typographes a retardé la publication de l'Echo Médical. Nous reprenons aujourd'hui 12 mai la suite de nos numéros, et nous prions nos lecteurs de nous excuser si par hasard l'arriéré n'était pas liquidé assez vite au gré de leurs désirs. LA RÉDACTION.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les amputations accidentelles

par le docteur **Juste Colle**,
chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille,
et **Georges Petit**, interne lauréat des hôpitaux

(Suite).

CHAPITRE III

LES CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉTHODE DE RECLUS

La méthode de RECLUS, avons-nous dit dans notre historique, appliquée dès son apparition par tous les chirurgiens, ne donna pas toujours les excellents résultats qu'on pouvait en attendre et l'on se rend compte maintenant qu'elle comporte certaines exceptions sur lesquelles on discute encore. Le chirurgien peut-il et doit-il dans tous les cas se contenter de l'expectative et attendre un mois et souvent plus que la réparation spontanée des tissus lui indique l'endroit où il fera porter son intervention? Telle est la question qui se pose.

Nous publions, avant d'aborder ce problème délicat, deux observations dans lesquelles nos blessés sont morts malgré l'application rigoureuse des principes de RECLUS ; elles nous serviront de documents dans la discussion génèrle qui suivra.

OBSERVATION VII. — *Amputation accidentelle de la jambe droite ; mort.* — D... Hector, 63 ans, conducteur de trains, est employé à la Compagnie du Nord depuis 33 ans.

Le 18 octobre 1905, voulant se rendre à son travail, en traversant la voie, il passe derrière un train et est renversé par une locomotive arrivant en sens inverse qui lui écrase la jambe droite.

Le blessé ne perd pas connaissance et a la présence d'esprit de se se faire nouer deux mouchoirs autour de la cuisse pour arrêter l'hémorragie. Il est amené d'urgence à l'hôpital Saint-Sauveur après un pansement sommaire.

Examen du blessé. Le tibia et le péroné sont sectionnés vers le tiers inférieur et dépassent le moignon musculaire de trois ou quatre centimètres.

La peau a été coupée en avant à quatre travers de doigt au-dessous de la pointe de la rotule. En arrière, à environ douze centimètres du pli du genou l'incision de la peau est elliptique et assez régulière.

Les muscles formant un énorme moignon sont séparés les uns des autres par des décollements assez étendus.

Désinfection et embaumement par les procédés ordinaires.

Les jours suivants, la température monte progressivement jusqu'à 38° 5. En raison de cette température,

le 29 octobre on enlève le pansement : le moignon musculaire suppure abondamment et nous remarquons la présence de pus bleu. Les os se dénudent de leur périoste. L'état général n'est pas brillant. Les artères sont dures, le cœur sclérosé, et nous avons affaire à un alcoolique prenant un et plusieurs verres d'alcool chaque matin.

Nous nous décidons alors à intervenir sans attendre longtemps, estimant que le schock primitif passé, il vaut mieux supprimer rapidement la grande surface de résorption purulente qu'est le moignon, dans l'état actuel.

Après de nouvelles désinfections, les os sont décollés à la rugine et sciés à deux centimètres au-dessous de la section de la peau en avant. Les muscles exubérants sont réséqués et on forme un lambeau avec la peau et les muscles de la région postérieure. La plaie est laissée grande ouverte et pansée à plat.

Malgré la désinfection rigoureuse la température monte le 24 octobre à 38° et le 25 à 39°.

Le 26, elle commence à baisser mais le cœur faiblit On remarque des intermittences et le 28 le malade meurt sans qu'il se soit produit rien de nouveau du côté de la plaie.

Observation VIII. — *Amputation accidentelle de la jambe gauche par une roue de wagon, mort par gangrène gazeuse* — Q . Louis, 34 ans, homme d'équipe. Le malade entre d'urgence à l'hôpital dans la nuit du 14 au 15 août 1905. Il vient d'être victime d'un accident de chemin de fer. A son arrivée à l'hôpital le blessé est conduit à la salle d'opération. On constate un broiement de la jambe gauche à la partie supérieure. Le tibia est brisé à cinq centimètres environ au-dessous de la tubérosité antérieure, mais le fragment qui reste est lui-même divisé en cinq ou six morceaux dans le sens de la longueur. Le péroné est brisé au même niveau. La peau est arrachée presque circulairement au niveau de la pointe de la rotule. Les muscles postérieurs et latéraux présentent encore une longueur d'environ quinze centimètres au-dessous du genou, mais ils sont hachés et méconnaissables ; leur surface saigne en nappe.

Après désinfection de la peau, l'interne de garde lave soigneusement, à l'eau oxygénée, toutes les anfractuosités de la plaie sur laquelle il applique de la pommade polyantiseptique, la bourre de compresses stérilisées et entoure le moignon d'un pansement stérilisé et ouaté. Injection de sérum antitétanique. On porte le malade dans son lit et on installe le membre sur des coussins pour éviter l'hémorragie. Deux heures plus tard, le malade saignant toujours, on lui élève encore davantage le membre qu'on suspend au barreau du lit à l'aide de bandes de toile. Potion au chlorure de calcium, 4 grammes. L'état général est en ce moment satisfaisant ; le pouls quoique peu rapide est bien frappé. Le blessé n'est pas en état de schock.

Le 15 août, dès le matin le pansement est imbibé de sang, on l'enlève et l'on pratique la ligature de la poplitée pour éviter une hémorragie secondaire possible. On remet le membre en position élevée. Le malade va à la selle dans la journée ; il urine bien. La température est à 38°5 le soir.

Le 16 août la température est à 39°. — Pansement humide. — Excision de deux lambeaux déjà mortifiés. On constate, lors du pansement, la présence d'une vaste ecchymose dans la région postéro-latérale de la cuisse. L'hémorragie est arrêtée. Le soir, température : 39°.

Le 17 août la température du matin est à 38° 5. Grand pansement humide. Le soir température 40°. — Pouls 164.

Le 18 août, température du matin 39° 2. Pouls 162. Pansement humide. — Purgatif.

Le 19 août, 5 heures du matin. La sœur s'aperçoit que la cuisse est devenue bleuâtre jusqu'à sa racine. Elle prévient l'interne de garde. Le membre est sonore à la percussion et la teinte bleue atteint la crête iliaque. Le pouls est à 144. Température 39° 5. Il est trop tard pour limiter l'extension de la gangrène. Le blessé meurt à 8 heures 30.

Ces deux cas nous obligent à étudier d'une façon précise les différentes conditions qui peuvent entraîner la mort des grands blessés, malgré l'application des moyens que la chirurgie moderne a à sa dispostion.

La condition principale est l'infection sous ses différentes formes, à laquelle il faut joindre des conditions adjuvantes qui dépendent de l'époque de l'intervention, de l'état de la plaie, de l'état général du blessé.

La première de nos deux observations (observation VIII) nous prouve que dans certains cas l'antisepsie doit s'avouer vaincue : on n'est jamais sûr d'avoir aseptisé complètement une de ces plaies anfractueuses, souillée de débris de toute sorte, telles que nous en avons souvent vues. On ne peut faire là qu'une antisepsie relative qui suffit d'ailleurs dans l'immense majorité des cas : mais on peut avoir affaire à des microbes d'une virulence toute particulière et dans ces cas une infection aiguë comme le gangrène gazeuse, des suppurations diffuses pourront rapidement emporter le blessé.

Certaines circonstances semblent d'ailleurs favoriser l'apparition de ces accidents. Le moment auquel on est intervenu pour pratiquer l'embaumement nous semble avoir une grande importance ; la désinfection du foyer sera d'autant plus efficace qu'elle aura été faite à un moment plus rapproché de l'accident car on n'aura pas donné aux microbes le temps de pulluler dans la plaie. Plus une plaie sera anfractueuse, plus il y aura de décollements. plus elle sera souillée, et moins l'on sera sûr de sa désinfection. Il nous faut ajouter que l'état général du blessé (et nous ne parlons pas seulement ici de l'état post-traumatique

mais de l'état antérieur à l'accident) joue un rôle très net et que les alcooliques, les débilités en général offrent à l'infection une proie facile.

Le rôle de l'état général nous apparaît plus nettement encore dans l'observation IX. Dans ce cas, le blessé est mort plutôt de collapsus que d'infection car la température ne s'est jamais maintenue élevée ; nous avions affaire à un homme âgé, 63 ans, alcoolique, obèse, athéromateux : on a vu la description de sa plaie : les os privés de leur périoste, les muscles décollés, la peau arrachée à une dizaine de centimètres de l'articulation formaient un énorme moignon qui, malgré les soins antiseptiques, donnaient un pus d'odeur fétide : sans que le blessé fût infecté, puisqu'il n'y eut jamais trace de lymphangite, ni tendance à la suppuration diffuse du côté de la cuisse, il semblait qu'il fut intoxiqué par ce membre devenu un danger pour l'organisme. Lorsque cinq jours après l'accident notre maître M. le professeur Folet pratiqua une amputation haute de la jambe, il était trop tard ; la température oscilla les deux jours suivants entre 38° le matin et 39° le soir, pour revenir presque à la normale pendant quelques jours, mais la tendance au collapsus ne fit que s'accentuer, le cœur devint de plus en plus faible et le blessé mourut sans qu'il n'y eut rien de spécial à noter du côté de la plaie qui avait été pansée à plat.

Dans quelle mesure peut-on prévoir ces graves complications et comment peut-on y remédier ?

Prévoir une complication est chose bien délicate ; cependant quand on est appelé près du blessé assez longtemps après l'accident, cinq à six heures, quand on constate un foyer traumatique souillé, déchiqueté, quand, en un mot, toutes les conditions défavorables que nous énumérions tout à l'heure sont réunies, il semble bien probable que l'infection se déclarera. Faut-il amputer d'emblée dans ces cas ? Nous ne pouvons répondre par une formule précise à un problème aussi complexe. En principe, l'antisepsie méticuleuse peut suffire et l'abstention momentanée est la règle ; mais si la lutte semble difficile à soutenir, le chirurgien pourra prendre le couteau et il le fera d'autant plus facilement que le sacrifice sera moins grand et que le schock sera moins prononcé. On repoussera donc autant que possible l'intervention d'emblée ; on a tout à gagner à attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures, car le blessé se trouve déjà dans de meilleures conditions de résistance. A l'amputation d'emblée il importe de substituer l'amputation précoce dont le moment sera fixé par l'état du sujet.

Si nous revenons à notre blessé, mort de gangrène gazeuse, nous ne pouvons nous empêcher de penser avec notre Maître, M. le professeur Folet, qu'une amputation de cuisse au 1/3 inférieur, pratiquée le surlendemain de l'entrée à l'hôpital, eût probablement empêché l'éclosion d'une infection dont l'allure fut véritablement foudroyante.

Nous avons pu voir, dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Sauveur, un homme chez lequel fut pratiquée une double amputation de jambe au lieu d'élection douze heures après l'accident et nous donnons ici son observation :

Observation IX. *Broiement des deux jambes — Amputation immédiate.* — B... Jean-Baptiste, tisseur, 36 ans, habitant Vanequin-aux-Bois, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 15 octobre 1905. Cet homme ayant eu les deux jambes coupées le 4 février 1904 vient à l'hôpital se faire faire des appareils lui permettant de marcher et nous raconte ce qui suit :

Le 4 février 1904, à 9 heures du soir, voulant prendre un train au moment où ce dernier se mettait en marche, il essaie de monter dans la dernière voiture. Mais il glisse et tombe sous les roues. Le fourgeon qui suivait passe sur les membres et broie les deux jambes au niveau du tiers moyen.

Un médecin, deux heures après l'accident, fait un pansement provisoire et évacue le blessé sur l'hôpital du Quesnoy. D'après les renseignements fournis par le sujet lui-même, les jambes n'étaient pas complètement détachées mais ballantes et insensibles. Le lendemain de l'accident l'amputation des deux jambes fut pratiquée et voici l'état du blessé au moment où il se présente à l'hôpital Saint-Sauveur :

Jambe droite : Le tibia a été scié à cinq travers de doigt au-dessous de la pointe de la rotule. Le péroné à plusieurs centimètres plus haut. Le moignon est recouvert d'un lambeau très peu étoffé, constitué par une peau de couleur rouge, violacée, adhérente à l'os. Il y a eu de ce côté une suppuration assez longue, un petit trajet fistuleux a suppuré 17 mois.

Jambe gauche : Le tibia a été scié à quatre travers de doigt au-dessous de la pointe de la rotule. Le péroné à quelques centimètres plus haut. Le moignon est recouvert par une peau de consistance fibreuse adhérente à l'os. De ce côté aussi une fistule a persisté pendant neuf mois. Après l'opération il ne fut fait aucune suture. On laissa la plaie grande ouverte. La température monta les jours suivants à 40° et plus, au dire du blessé. Elle ne tomba qu'à la suite de grands lavages quotidiens à l'eau oxygénée, Pendant une quinzaine de jours l'état général fut grave mais néanmoins le résultat pour les deux jambes est très satisfaisant.

Le blessé plie très suffisamment son articulation du genou, et il lui reste des moignons de jambes bien assez longs pour marcher sur des pilons ou même à l'aide de jambes articulées.

Il est à remarquer que le malade a dû attendre pendant dix-sept mois la cicatrisation totale de ses plaies avant de pouvoir mettre des jambes artificielles ; il y eut probablement au niveau du moignon une esquille ou un foyer localisé de nécrose qui entretint la suppuration qu'une petite intervention eût pu tarir.

Nous ne savons les raisons qui décidèrent les chirurgiens à pratiquer dans ce dernier cas l'amputation immédiate : elles furent probablement celles que nous avons énumérées; en tout cas, le sacrifice n'était pas grand puisque les deux jambes étaient broyées à leur partie moyenne et le résultat opératoire est bon, malgré une convalescence trop longue : l'articulation du genou est assez mobile pour permettre au blessé de marcher sur des pilons.

Outre le danger d'infection sur lequel nous venons d'insister il faut encore envisager les cas dans lesquels on se trouve en présence d'une infection déclarée. L'élévation de température met sur la voie du diagnostic et suffit à elle seule à faire lever le pansement pour être renseigné sur l'état local. Il ne faut pas trop se presser à amputer si l'on trouve des signes nets d'inflammation locale. L'observation de notre blessé qui eut l'avant-bras droit écrasé en est un exemple frappant : une nouvelle désinfection, des pansements humides, au besoin un débridement pourront vaincre une infection à son début et permettre d'attendre les avantages de l'expectation. Mais si la température monte, si l'état général devient mauvais, si l'on observe localement que l'inflammation gagne de plus en plus, il faut savoir ne pas s'attarder aux petits moyens.

Plus l'on attend et plus l'amputation sera haute et plus elle sera grave, car l'organisme est affecté.

C'est ainsi que Lejars cite le cas d'un jeune homme qui après un écrasement du pied dut subir une désarticulation de la cuisse pour n'avoir pas voulu laisser pratiquer à temps une amputation de jambe.

Le membre traumatisé peut donc devenir un danger pour l'organisme et nous rangerons dans une troisième catégorie le cas de notre blessé qui mourut de collapsus. Chez cet individu en état de moindre résistance l'état général devint de jour en jour plus mauvais et l'on s'est demandé si une intervention précoce, le surlendemain de l'accident, n'eût pas été profitable. Elle eût débarrassé l'organisme d'une source de poisons microbiens, étant donnée la suppuration locale, de poisons organiques, vu la quantité considérable de tissus en voie de sphacèle.

La question vient d'être portée sur un autre terrain par M. Lejars, dans un article paru dans la *Semaine médicale* de mars 1905. Il préconise l'intervention primitive conservatrice dans les plaies de la main. Selon cet auteur, la méthode d' « expectation antiseptique » n'est plus la méthode de choix ; « l'on s'expose, dit-il, à perdre beaucoup, c'est-à-dire à compromettre singulièrement le fonctionnement ultérieur de la main blessée en voulant trop garder » et il faut savoir faire des régularisations immédiates et exciser les parties qui sont vouées au sphacèle ou qui deviendront fonctionnellement inutilisables.

Il existe donc dans la conduite à tenir dans les plaies de la main et du pied une différence capitale ; ce qu'il faut rechercher, du côté de la main, c'est la mobilité et il importe de retenir qu'un doigt ankylosé est non seulement inutile mais souvent gênant.

Du côté du pied il faut être plus conservateur, il peut accomplir son rôle de soutien si ses parties constituante sont ankylosées et même déformées.

Nous n'avons point d'observations personnelles qui rentrent complètement dans ce cadre ; il nous a pourtant paru intéressant de relater ce travail qui touche à notre sujet et qui montre bien la complexité de la question.

Nous avons remarqué la diversité des idées soutenues par les différents chirurgiens, ajoutons que nous nous expliquons parfaitement cette divergence d'opinion ; c'est que chaque méthode peut donner entre les mains de son auteur de bons résultats et le pousse ainsi à généraliser prématurément une règle dont les exceptions ne s'aperçoivent que par la suite. La clinique, avons-nous dit, s'accommode mal de formules toutes faites, et ce mémoire doit en être une nouvelle preuve.

Il faut savoir se plier aux circonstances et abandonner parfois la route habituellement suivie ; est-ce à dire pour cela qu'on s'engagera dans l'inconnu ? Non : saisir l'indication c'est l'affaire de sens clinique, d'expérience, de savoir.

CONCLUSIONS

De l'étude de nos neuf observations, nous nous trouvons autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° La méthode d'expectation de Reclus, expectation antiseptique, donne le plus souvent d'excellents résultats aux points de vue vital et fonctionnel ;

2° Il ne nous semble pas prudent d'abandonner les antiseptiques locaux, de pratiquer l'« embaumement aseptique » ;

3° Nous avons remarqué la rapidité du bourgeonnement des plaies « embaumées » et nous attribuons ce fait à la rareté des pansements que comporte la méthode ;

4° Au point de vue de la loi des accidents de travail, l'expectation ménage l'intérêt des deux partis en diminuant l'exérèse et en réduisant au minimum l'incapacité de travail ;

5° Les exceptions de la méthode sont encore mal définies.

Il nous semble qu'il faille intervenir :

1° Lorsqu'il y a trop grand danger d'infection ;

2° Lorsque l'état général du blessé s'aggrave par la présence du moignon en voie de sphacèle.

Il importe dans ces deux cas de rejeter l'intervention immédiate et d'attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures la disparition du schock initial.

3° Si l'infection est déclarée, il faut d'abord lutter contre elle, mais ne pas tarder à intervenir si elle fait des progrès.

Consultations Médico-Chirurgicales

Kérato-conjonctivite phlycténulaire

Dr E. Painblan

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** a) Chez un enfant mal soigné, mal nourri, scrofuleux ou scrofulo-tuberculeux, porteur d'engorgements ganglionnaires, présentant des lésions des voies lacrymales ou des fosses nasales, des végétations adénoïdes, atteint d'eczéma impétigineux du pourtour des narines, du pavillon de l'oreille, du cuir chevelu ; b) Chez un adolescent lymphatique, de teint pâle, vivant dans de mauvaises conditions générales ou atteint de coryza chronique, porteur ou non de blépharite impétigineuse ; c) Chez un convalescent de fièvre éruptive, surtout de rougeole ; d) Chez une jeune fille chlorotique, au moment de l'apparition des règles ; e) Chez un sujet astigmate ou atteint d'asthénopie accommodative, ou soumis à des irritations extérieures (poussières, fumée) ; apparaissent sur la conjontive bulbaire, ou sur le limbe scléro-cornéen où elles sont plus petites, des phlyctènes au niveau et autour desquelles la conjontive est le siège d'une vascularisation souvent intense, mais limitée. Il y a un peu de gêne, de larmoiement, de photophobie. Ou bien toute la conjontive est injectée et il existe un peu de sécrétion et d'agglutinement des paupières au réveil ; le malade accuse une sensation de gravier, de grain de sable roulant sous la paupière — la photophobie est un peu plus marquée. Rapidement les phlyctènes crèvent, laissant à leur place de petites ulcérations, puis, surtout si l'affection est bien soignée, les phénomènes s'atténuent et la guérison survient suivie souvent de récidives.

Telle est la *conjontivitè phlycténulaire* sans lésions cornéennes.

II. — Mais le plus souvent, et même d'emblée, la cornée participe à l'inflammation et des phlyctènes s'y forment, laissant à leur place de petites ulcérations vers lesquelles des vaisseaux s'avancent de la conjontive vers la cornée ; les lésions prennent divers aspects (kératite en bandelette, en pinceau, en Y, etc.).

Les symptômes fonctionnels s'accusent alors : le larmoiement devient plus abondant, les douleurs plus vives : la photophobie surtout augmente rapidement et peut arriver à un degré extrême ; l'attitude des enfants est alors caractéristique : les yeux énergiquement fermés, la tête baissée, ils recherchent les endroits sombres, s'enfouissent la tête dans les tentures, dans leur oreiller, sous leurs draps.

L'examen de l'œil est alors difficile, nécessitant parfois l'instillation préalable d'un collyre à la cocaïne et l'emploi d'écarteurs après immobilisation de la tête de l'enfant. Dès que les paupières sont entr'ouvertes, un flot de larmes jaillit et un violent éternuement réflexe se produit souvent, qui se répète à plusieurs reprises.

Cette photophobie intense est le plus souvent hors de proportions avec les lésions cornéennes, et lorsqu'on arrive à voir la cornée, on est surpris de constater seulement quelques petites ulcérations superficielles avec de l'injection périkératique plus ou moins intense et parfois un léger chémosis.

III. — Dans les cas les plus favorables, ces ulcérations guérissent en laissant de légères opalescences (néphélions) ou de fines taies qui diminuent à la longue, sans disparaître toujours complètement et peuvent ainsi selon leur siège, gêner un peu la vision.

Mais dans les formes graves, chez les sujets débilités, convalescents de rougeole par exemple, à état général mauvais ou encore peu ou pas soignés, d'autres symptômes peuvent encore se montrer : tuméfaction des paupières, exsudat pseudo-membraneux sur la conjonctive tarsienne, opacifications étendues de la cornée, kératite suppurée avec iritis et hypopyon, ulcères qui gagnent en profondeur, peuvent aller jusqu'à la perforation et

même en l'absence de traitement, amener la fonte purulente de l'œil.

L'augmentation considérable des douleurs, de l'insomnie et même de la fièvre annonceront ou accompagneront cette infection surajoutée dont les conséquences sur la fonction visuelle seront toujours sérieuses et souvent des plus graves.

De même lorsqu'une série de phlyctènes aura produit une vascularisation généralisée (pannus scrofuleux), qui persistera longtemps et laissera après elle des leucomes.

IV. La photophobie, si elle est intense, et prolongée, produira un blépharospasme rebelle ; les paupières comprimeront le globe et gêneront la nutrition de la cornée, que des cils viendront irriter s'il se produit un entropion spasmodique, ce qui n'est pas rare. Chez les sujets prédisposés on pourra, lorsque le blépharospasme cessera, constater du strabisme.

V. Enfin le larmoiement abondant irritera la peau des paupières et de la face ; causera, si elle n'existe déjà, de la blépharite eczémateuse et surtout des fissures très douloureuses de la commissure externe, dont la présence ne fera qu'accentuer le blépharospasme.

La kératoconjonctivite phlycténulaire est une affection tenace, longue à guérir, essentiellement récidivante. De la gravité des lésions cornéennes et de la fréquence de ces récidives dépend le pronostic.

INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES ET CLINIQUES. — Elles sont variables suivant que l'affection est localisée à la conjonctive, ou a atteint la cornée ou s'est accompagnée de complications.

D'une façon générale, il est indiqué de combattre les accidents inflammatoires et calmer l'irritation oculaire, favoriser la nutrition de la cornée, si elle est atteinte, faire de l'antisepsie de la conjonctive, pour empêcher la propagation des phlyctènes et prévenir leur infection surajoutée, soigner cette complication si elle s'est produite et dans ce cas surveiller l'iris, calmer la douleur, lutter contre la photophobie et le blépharospasme.

D'autre part il est également indiqué de combattre les affections causales ou concommitantes, et ausi de soigner l'état général, se rappelant que l'affection est plus grave chez les débilités.

TRAITEMENT. — Le traitement sera donc local et symptomatique d'une part, général et étiologique d'autre part.

Traitement local et symptomatique. — Ce traitement est très important et, s'il est bien fait, sous son influence les phénomènes s'amendent rapidement.

Tout d'abord prescrivez des soins minutieux de propreté des paupières et des régions voisines. Faites laver, trois ou quatre fois par jour au moins, les yeux avec de l'eau boriquée à 25 ou 30 pour 1,000. **Soustrayez le malade à l'action irritante du vent**, des poussières, de la fumée.

a) La conjonctive est seule atteinte. — Si la conjontive seule est atteinte, projetez une fois par jour, le matin, une pincée de

Calomel	} āā
Sucre en poudre	

ou introduisez le soir, gros comme un grain de blé, de la pommade

Calomel à la vapeur	10 grammes
Vaseline neutre	10 grammes

b) La cornée est atteinte. — Si la lésion atteint la cornée ou le limbe, employez plutôt la pommade

Précipité jaune obtenu par voie humide	10 centigrammes
Vaseline	10 grammes

faites suivre d'un léger massage.

S'il y a douleur, photophobie plus marquée, instillez trois ou quatre fois par jour, 2 ou trois gouttes du collyre :

Chlorhydrate de cocaïne	20 centigrammes
Eau distillée bouillie	10 grammes

faites porter des **lunettes** forme coquilles avec verres fumés teinte 02 ou 01, ou bien, surtout chez les jeunes enfants, le bandeau noir flottant non compressif. **Ne mettez pas de bandeau occlusif.**

Continuez ce traitement jusqu'à disparition complète des phénomènes réactionnels.

La réaction est intense. — Si les phénomènes réactionnels sont plus intenses, employez des **compresses chaudes** prolongées, recouvertes d'un morceau de flanelle et d'un carré de taffetas gommé, dans le double but de calmer la douleur et la photophobie et d'activer la nutrition de la cornée.

Dans le même but, ajoutez au collyre ou la cocaïne, le collyre suivant :

Sulfate neutre d'atropine	2 centigrammes
Eau distillée bouillie	10 grammes

ou bien

Atropine pure	2 centigrammes
Huile d'olives lavée et stérilisée	10 grammes

matin et soir instillez une goutte dans l'œil, quelques minutes après une goutte du collyre à la cocaïne.

Ce collyre à l'atropine est également indiqué en cas de participation de l'iris.

Evitez les topiques irritants et introduisez une ou deux fois par jour gros comme un grain de blé, de la pommade :

Iodoforme finement pulvérisé	50 centigrammes
Vaseline	10 grammes

Les **douches chaudes** avec l'appareil de Lourenço

peuvent rendre des services, mais leur emploi est à surveiller et à proscrire, s'il y a vascularisation intense.

Il y a complication. — En cas de complications : kératite suppurée, ulcère profond avec tendance à la perforation, hypopyon, iritis, etc..., le traitement sera celui qui convient à ces diverses affections.

Blépharospasme. — Contre le blépharospasme, s'il est intense et prolongé, s'il y a fissure de l'angle externe, faites la **dilatation forcée**. Après cocaïnisation ou même sous le chloroforme, exercez des tractions soutenues, prolongées pendant une minute au moins, sur les paupières, à l'aide des écarteurs de Desmarres. Ou bien faites la **canthoplastie**, c'est-à-dire la section horizontale de la commissure externe, suivie de la suture des lèvres muqueuses aux lèvres cutanées de la plaie ainsi produite.

TRAITEMENT GÉNÉRAL ET ÉTIOLOGIQUE. — Les lésions cutanées, eczéma impétigineux des narines, du cuir chevelu, seront soignées.

Contre la blépharite impétigineuse, vous appliquerez la pommade :

Oxyde de zinc	1 gramme
Résorcine	10 centigrammes
Amidon	1 gramme
Vaseline	10 »

après ramollissement des croûtes par des cataplasmes de fécule de pommes de terre et nettoyage soigneux du bord des paupières.

Les lésions des voies lacrymales, si elles existent, seront traitées par le cathétérisme, les lavages.

Aux lésions nasales, vous appliquerez le traitement qui leur convient : irrigations nasales, huile ou pommade mentholée ou résorcinée, etc. Les végétations adénoïdes seront traitées par le curettage du nasopharynx.

A l'astigmatisme, à l'asthénopie accommodative, s'ils sont en cause, vous prescrirez la correction optique qu'ils comportent.

N'employez pas les mouches de Milan, les vésicatoires renouvelés, qui sont complètement inutiles. Mais traitez l'état général par l'huile de foie de morue, les vins iodés, le sirop iodotannique, les préparations ferrugineuses, le quinquina, etc.

Les bains salés chauds, suivis de frictions sèches sur tout le corps sont à recommander.

Il n'en est pas de même des bains de mer ou même du séjour à la mer, qui sont plutôt nuisibles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Mars 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Résection de 7 cent. d'intestin au cours d'une opération de hernie étranglée.

M. **Juste Colle** présente à la Société un fragment de 7 cent. d'intestin réséqué le 29 janvier 1906 chez un homme de 60 ans. Cet homme était porteur d'une hernie crurale gauche, étranglée depuis 8 jours. La pièce montre une perte de substances un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes. C'est cette partie sphacélée qui nécessita la résection intestinale. L'entéro-anastomose fut pratiquée bout à bout à l'aide des boutons de Murphy.

Dès le lendemain de l'intervention, gaz abondants, selles nombreuses le surlendemain.

Le 3 février il se fait une petite fistule stercorale qui disparaît complètement deux jours après.

Les suites dès lors sont tout à fait normales, et le malade est actuellement guéri.

Méthode de Bier.

M. **J. Colle**, au nom de M. le professeur Folet et au sien, lit une note exposant les résultats obtenus par l'application de la méthode de Bier à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur.

Pour se rendre bien compte des effets de la méthode il importe de préciser d'abord quelle est cette méthode. Bier se propose, avant tout, de provoquer l'hypérémie, c'est-à-dire l'accumulation du sang dans un point donné de l'organisme. M. Devèze, dans une excellente thèse parue récemment à la Faculté de médecine de Montpellier, nous rappelle les deux façons de produire l'hyperémie. D'une part, en provoquant la dilatation des vaisseaux artériels par des excitants divers, physiques, chimiques ou mécaniques, d'autre part en interrompant la circulation en retour par la compression des veines. Il y aurait ainsi une hyperémie active et une hyperémie passive.

L'hyperémie active peut être produite par tous les révulsifs : mais le moyen le plus efficace pour l'obtenir est l'emploi de la chaleur, et Bier entre tous donne la préférence au bain d'air chaud.

Nous n'avons point expérimenté cette manière de faire. L'hyperémie passive consiste dans l'arrêt de la circulation en retour, la circulation artérielle étant conservée. C'est une hypérémie par stase, c'est celle que nous avons expérimentée.

Bier emploie sa méthode : 1° contre la tuberculose ostéo-articulaire, 2° contre les inflammations aiguës et subaiguës ; 3° pour provoquer la résorption de certains exudats intra-articulaires.

Dans tous ces cas, l'hyperémie passive est obtenue par l'application d'un lien élastique. Ce dernier est une bande de caoutchouc mince, large de six centimètres, enroulée plusieurs fois aussi loin que possible du point malade.

Mais la durée d'application varie infiniment suivant les cas traités. Pour les inflammations aiguës, la bande est laissée en place jusqu'à vingt-deux heures sur vingt-quatre. Pour les inflammations chroniques elle n'est appliquée que deux heures, trois heures au maximum par jour.

Comment faut-il appliquer la bande ? Il importe d'exercer avec elle une striction énergique mais pas excessive. Le membre doit prendre une coloration bleuâtre, tout en gardant sa chaleur. En serrant assez fort, nous faisons attention à ce que les battements artériels soient encore perçus en aval de la striction. Si par exemple, nous mettons la bande élastique à la cuisse, nous devons percevoir les battements de la pédieuse. En un mot, nous arrêtons ou nous retardons la circulation veineuse superficielle, mais nous conservons l'arrivée du sang artériel. C'est dans ces conditions que nous avons appliqué la méthode, chez neuf malades différents dont trois femmes et six hommes.

Deux de ces malades femmes avaient des ostéites limitées du pied. Chez l'une, pour une arthrite bacillaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, la bande élastique, au bout de vingt jours, n'avait donné aucun résultat, et nous dûmes procéder à un grattage qui évida la tête du premier métatarsien et l'extrémité supérieure de la première phalange.

Chez l'autre malade, il s'agissait d'une ostéite du calcanéum qui n'était pas améliorée après dix-sept jours de traitement. La lésion paraissant augmenter, nous dûmes évider cet os à la curette.

Trois malades, deux hommes et une femme, atteints d'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou de pied, durent être amputés de jambe. Le premier après quatre mois de traitement par la méthode de Bier ; le second après trois mois ; enfin, le troisième malade, une femme, voyait survenir au bout d'un mois de traitement, une nouvelle série d'abcès provenant de l'articulation tibio-tarsienne, et c'est ce qui nous oblige à pratiquer l'amputation.

Pour trois autres malades, le résultat est incertain. L'un atteint de tumeur blanche du cou de pied, est au traitement depuis le 21 novembre. Il semble y avoir une tendance à l'amélioration. Les fistules qui existaient se sont cicatrisées, mais le pied est encore gros, et une petite fonction au bistouri faite le 19 mars dernier, en avant de la malléole interne, laissa échapper quelques gouttes de liquide purulent.

Un second malade, qui avait le pied empâté et gonflé depuis les malléoles jusqu'à la partie moyenne des métatarsiens, avec rougeur au niveau des bords internes et externes du pied se trouvait assez rapidement soulagé par l'application de la bande. Il semble plutôt avoir profité de l'emploi de la méthode. En tous cas la suppuration qui semblait devoir s'établir ne s'est pas montrée.

Le troisième malade, atteint de tumeur blanche du poignet, sorti de l'hôpital plutôt mieux, ne s'est plus représenté. Nous avons encore appliqué la méthode chez un homme atteint d'arthropatie-tabétique du pied. L'amélioration fut assez rapide, mais nous avions été obligés de faire en même temps des pansements humides ; or, deux mois auparavant le sujet, pour la même affection, s'était trouvé très soulagé par les pansements humides et par le repos. Il est donc impossible de dire si la méthode de Bier a été dans ce cas l'agent effectif du traitement.

En résumé deux cas d'ostéite se sont terminés par des grattages, trois ostéo-arthrites, tibio-tarsiennes ou tarso-métatarsiennes ont été suivies d'amputation ; deux ostéo-arthrites du cou de pied donnent des résultats douteux ; une tumeur blanche du poignet donne aussi un résultat incertain. L'arthropathie-tabétique s'améliore, mais sans que l'on puisse savoir si le repos n'est pas le seul agent de la guérison.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur la méthode de Bier appliquée aux inflammations aiguës. Pourtant, nous avons vu nettement un flegmon de l'index droit cesser rapidement d'être douloureux, et ne pas aboutir à la suppuration.

Somme toute, d'après notre expérience actuelle, les résultats obtenus sont des plus douteux, et ne diffèrent guère de ceux donnés par les autres modes de traitement. Il est vrai de dire qu'à part une jeune fille de 16 ans, tous les malades que nous avons soignés étaient des individus d'un certain âge, chez qui la guérison des tuberculoses osseuses est toujours beaucoup plus difficile.

M. P. Colle préfère l'application répétée, et peu prolongée, de la bande compressive à toute autre méthode.

M. Thoóris rappelle que les résultats excellents obtenus et publiés par lui, l'ont été dans de semblables conditions.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc — Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 485. Dixième Année. N° 17. Le Numéro : 10 centimes 29 Avril 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 fr. par an.
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le réveil de la paralysie infantile

par **L. Ingelrans**, professeur agrégé
Chargé de cours des maladies du système nerveux à la Faculté.

Ce sujet peut déjà paraître bien rebattu, écrivait BRISSAUD, il y a dix ans : le fait est que, depuis 1875, on a l'esprit attiré constamment sur ce point par de nouvelles observations. Voici une simple vue d'ensemble qui résume à peu près la question.

La paralysie infantile — poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance — est une affection des mieux connues dans sa symptomatologie ; à ce point de vue nous nous garderons de refaire ici une description qu'on peut trouver dans tous les traités. Son origine infectieuse, soutenue par Pierre MARIE en 1892, est devenue tout à fait évidente depuis une quinzaine d'années. Anatomiquement, c'est une myélite aiguë dont les foyers siègent dans l'épaisseur de la corne antérieure, particulièrement dans la région antérieure de celle-ci. Mais les cornes antérieures ne sont pas seules atteintes, et l'affection, à proprement parler, ne peut être qualifiée de systématique. Effectivement, si la région en question est spécialement touchée, c'est que l'infection se produit par l'intermédiaire de l'artère du sillon antérieur ou des artères radiculaires antérieures qui vont à la corne antérieure et à la substance blanche voisine ; mais la substance grise n'est pas uniquement le siège des foyers de ramollissement inflammatoire et le cordon antéro-latéral, irrigué par les vaisseaux précités, participe aussi au processus morbide.

En conséquence, la maladie n'a l'apparence systématisée que parce que les artères desservent surtout la corne antérieure. Les parties de la substance blanche qui dépendent de ces vaisseaux étant, elles aussi, intéressées, on voit que c'est d'une pseudo-systématisation qu'il s'agit et qu'en réalité, on est en face d'une myélite infectieuse d'origine vasculaire, le parenchyme n'étant lésé que par l'intermédiaire des modifications apportées aux artères nourricières.

En ce qui concerne l'infection causale, on peut dire que la fièvre, la préexistence de fièvres éruptives antécédentes, les épidémies de paralysie infantile, la coexistence de méningites cérébro-spinales, de polynévrites ou de poliencéphalites, la présence parfois constatée du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien prouve que cette infection est réelle : cela

cadre d'ailleurs avec les constatations anatomo-pathologiques. Mais quelle est cette infection causale ? on l'ignore encore. Il y a lieu de penser pourtant que la maladie est simplement une lésion de la moelle épinière au cours d'une infection générale et que la spécificité est à laisser de côté. Dereure (thèse de Paris, 29 janvier 1903) a essayé d'identifier la paralysie infantile avec la méningite cérébro-spinale épidémique. La vérité est qu'il existe des relations entre les deux affections, sans qu'on puisse aller plus loin pour le moment : il est possible que cette idée soit juste et que diverses maladies nerveuses, myélites, névrites, méningites, encéphalites, relèvent d'une même cause infectieuse frappant tantôt ici, tantôt là. Ce n'est point démontré : ce qui est seulement certain, c'est l'origine infectieuse de la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance.

Les sujets de un mois à quatre ans qui sont pris de paralysie infantile à cet âge (c'est l'époque habituelle de l'éclosion de la maladie), gardent d'ordinaire de graves amyotrophies avec les déformations que l'on sait. Rares sont ceux qui ont la chance de voir leurs paralysies se réduire à un minimum ou disparaître sans atrophie durable à leur suite. Quoi qu'il en soit, fortement ou légèrement frappés, les anciens paralytiques infantiles ne sont pas, dans l'avenir, à l'abri de toute misère. Nous ne voulons pas parler de la tuberculose qui les attend souvent et qui serait due, d'après Gilbert et Garnier, à la diminution considérable de leurs masses musculaires (Société de Biologie, 20 mars 1897) ; nous ne faisons pas non plus allusion à la scoliose tardive encore peu éclaircie dans sa nature dont ils peuvent être menacés. Nous nous occupons ici de ce qu'on peut désigner assez exactement par les termes de reprise tardive d'amyotrophie chez les anciens paralytiques infantiles.

Ces sujets donc font quelquefois, assez longtemps et même fort longtemps après la terminaison de leur myélite, des atrophies musculaires diverses, qui ne sont pas de pures coïncidences et qui peuvent dépendre de diverses affections, plus tard écloses, telles que la paralysie spinale aiguë de l'adulte, l'amyotrophie d'origine médullaire, la sclérose latérale amyotrophique. Assez nombreuses sont de telles observations cliniques, où toujours on note une localisation nouvelle à échéance lointaine sur les cornes antérieures, jadis lésées dans la myélite aiguë de l'enfance.

Le premier cas a été signalé par Raymond, le 24 avril 1875, à la Société de Biologie. C'est un garçon de 19 ans, ayant eu à l'âge de six mois des convulsions, de la fièvre et une hémiplégie gauche. Il fait un métier où son bras droit éprouve une très grande fatigue : à 17 ans, ce bras devient lourd, un peu douloureux ; des contractions fibrillaires y apparaissent, puis la cuisse droite est touchée à son tour. Charcot est tout-à-fait certain qu'une atrophie progressive commence dans les membres du côté droit, opposé au côté de la paralysie infantile. Ne serait-il pas possible, disait l'auteur, de rattacher le processus de cette lésion à deux choses : 1° l'ancienne lésion de paralysie infantile siégeant dans la corne gauche ; 2° le travail exagéré du bras droit, amenant l'extension de l'atrophie de la corne droite à la corne gauche ?

La même année, Carrieu, dans sa thèse, signale un corroyeur de 18 ans ans qui, à six mois, présenta une paralysie infantile intéressant le bras gauche ; à seize ans, engourdissements dans l'épaule droite, contractions fibrillaires et faiblesse ; les muscles de la région postérieure de l'épaule et du bras n'obéissent que faiblement à l'excitation faradique, ainsi que ceux de l'éminence thénar. C'est une atrophie musculaire du type Erb, comme le montre le travail original. Carrieu a une autre observation que nous laissons, car nous sommes de l'avis de Sterne qui la regarde comme peu nette et, en conséquence, inutile à rapporter.

Seeligmuller (*Jahrb. f. Kinderheilkunde*, 1877) publie quatre observations personnelles : 1° celle d'Oscar S..., 18 ans, atteint de paralysie infantile post-scarlatineuse à troi sans : jambe gauche complètement atrophiée. Le membre inférieur droit tremble et offre des mouvements fibrillaires depuis un certain temps, avec exagération du réflexe patellaire et clonus du pied. Sclérose latérale amyotrophique probable. 2° celle de W..., 29 ans : paralysie infantile du bras droit qui, récemment, devient tout à fait impotent, en même temps que le gauche tremble et diminue de force. Paralysie spinale antérieure aiguë probable, d'après Sterne ; rien de certain toutefois pour un pareil diagnostic. 3° celle de H..., 26 ans, qui est pris à 16 ans, après paralysie du jeune âge, d'équinisme des deux pieds et d'atrophie de la cuisse gauche. 4° celle de M..., 20 ans, qui a eu une poliomyélite aiguë à un an et demi. A cinq ans, le bras

gauche est repris ; déformation amyotrophique. Diagnostic douteux.

En 1879, Hayem (*Société de Biologie*), rapporte l'autopsie d'un homme qui avait un pied bot paralytique datant de l'enfance et qui, à vingt-huit ans, eut des symptômes d'atrophie musculaire progressive. La même année, Coudoin voit un garçon de seize ans, atrophié du membre inférieur gauche à dix-sept mois. Récemment, après une course par une pluie torrentielle, courbature avec fièvre intense, la jambe droite se paralyse : amyotrophie du jambier, des jumeaux, des péroniers latéraux ; la cuisse est amaigrie de ce côté également. Dans cette thèse de Coudoin, on trouve une observation de Quinquaud, dont voici l'essentiel : paralysie infantile à 4 ans, ayant pris les muscles du pied gauche ; à 14 ans, début d'amyotrophie à la main droite, puis deux ans après à la jambe droite ; mort de tuberculose. Quinquaud dit qu'il est légitime de croire à un rapport entre la première maladie et la seconde, mais il n'a pu faire l'autopsie. Quoi qu'il en soit, la relation de ce cas doit naturellement prendre place ici.

Sauze (Thèse de Paris, 1881), voit un paralytique qui, depuis l'âge d'un an, avait de la faiblesse à droite, se paralyser de ce côté à vingt ans, après une fièvre intense : atrophie consécutive.

Dans la *Gazette hebdomadaire* de 1881, Oulmont et Neumann signalent : 1° un professeur de 33 ans qui, à onze mois, avait eu une hémiplégie droite et à vingt ans de l'atrophie type Aran-Duchenne à droite avec scoliose, puis atteinte de la jambe droite plus tard ; 2° un employé de 23 ans, paralysie atrophique de la jambe gauche à trois ans ; à 23 ans : amyotrophie progressive à droite où l'éminence thénar a disparu et où les autres muscles du bras sont atteints, et à gauche où le deltoïde et les muscles du bras sont en voie d'atrophie.

Landouzy et Déjerine (*Revue de médecine*, 1882), autopsient un homme de 55 ans qui, dix mois avant sa mort, fut pris de fièvre, se paralysa et s'atrophia de tous les membres. Marche rapide, avec abolition des réflexes, guérison de la paralysie, lorsqu'une tuberculose aiguë amène la mort. On trouve un ancien foyer de paralysie infantile, en outre de lésions récentes des cellules des cornes antérieures.

Ballet et Dutil (*Revue de médecine*, 1884), publient l'histoire d'une jeune fille de 18 ans. A trois ans, paralysie infantile dont il reste, à gauche, une jambe de polichinelle. A douze ans, paralysie spinale aiguë : membres supérieurs, plus tard membres inférieurs. Atrophie des éminences thénar et des avant-bras. Les mêmes auteurs donnent une observation de Pitres : garçon de 19 ans. A quatre ans, fièvre avec paralysie des jambes, puis atrophie. A seize ans, début d'amyotrophie aux bras : deltoïde, muscles brachiaux et antibrachiaux, pectoraux, trapèzes, puis aussi les muscles du tronc. Enfin, le malade a eu une scoliose à concavité droite. Poliomyélite chronique après paralysie infantile.

Rémond (*Progrès médical*, 1889) cite un bijoutier de 40 ans. A deux ans, paralysie ayant laissé une atrophie de la jambe et un pied bot varus équin à droite. A 36 ans, le bras droit s'affaiblit et s'atrophie (muscles du moignon de l'épaule, biceps, main). L'amyotrophie spinale progressive apparaît des plus nettes à la lecture de la relation fournie par l'auteur.

Dans les *Leçons de clinique médicale* de Rendu (1890) on lit l'histoire d'un malade atteint de pied bot du côté droit avec atrophie de la jambe, datant de l'enfance, vers cinq ans. Quarante ans plus tard, atrophie du deltoïde gauche, puis envahissement du triceps, du biceps, grand dorsal, grand rond, rhomboïde ; la main est touchée pour sa part. Tremblement très marqué au bras gauche. Le membre inférieur gauche est, en revanche, celui d'un athlète.

En 1891, Sterne (Thèse de Nancy, 29 juillet) publie trois observations : 1° paralysie infantile à 18 mois ; à 24 ans, paralysie spinale aiguë (muscles des mains), puis les avant-bras se prennent. Atrophie des éminences thénar et hypothénar, des interosseux. La paralysie de l'enfance avait frappé le membre inférieur droit ; 2° paralysie infantile remontant aux premières années de la vie. Depuis quatre mois, à l'âge de 44 ans, amaigrissement des membres inférieurs, puis des bras. Ce malade ne peut s'habiller, ni manger seul : atrophie des mains, des avant-bras, du deltoïde, des muscles des bras, etc. ; 3° Homme de 48 ans, dont l'observation est reproduite en 1893 dans le travail de Bernheim.

Antérieurement à ce dernier mémoire, on trouve des cas de Garbsch (Thèse de Berlin, 1890) : un tailleur de 50 ans ; à deux ans, paralysie de la jambe droite, à 45 ans les mouvements d'opposition du pouce deviennent impossibles, atrophie des muscles de la main droite, etc. ; un deuxième malade de

48 ans a également à trois ans une paralysie de la jambe droite ; à 45 ans, atrophie dans certains muscles du bras droit.

Nous sommes obligés de résumer énormément toutes ces observations, dont beaucoup sont très longues et très complètes ; nous nous bornons à citer simplement les cas de THOMAS (de Genève) en 1886, de SATTLER (Thèse de Paris, 1888), de GRANDOU (Thèse de Paris, 1894). A Lyon, en 1895, PAULY écrit sa thèse sur le réveil des affections anciennes des centres nerveux. Il donne un cas de LANNOIS : un marchand ambulant de 26 ans a une amyotrophie du bras droit depuis l'âge de trois ans. A 25 ans, sa jambe droite fléchit, puis le bras malade s'atrophie de plus en plus et les muscles de l'épaule se prennent progressivement.

BERNHEIM (*Revue de médecine*, janvier 1893) rappelle d'abord que VULPIAN a vu une paralysie générale spinale antérieure subaiguë greffée sur un foyer de paralysie infantile (*Maladies du système nerveux*, tome II, p. 385), puis relate l'histoire d'un vannier de 48 ans, atteint de poliomyélite antérieure aiguë à un an, avec atrophie du membre inférieur droit et pied bot équin paralytique. A quarante-sept ans, amyotrophie progressive type ARAN-DUCHENNE, débutant par la main droite, se généralisant graduellement. Après 4 ans, mort par hémorragie cérébrale. La lésion de la moelle était la même au niveau du foyer infantile (corne lombaire droite) et au niveau des cornes cervicales, siège principal de la seconde maladie.

BRISSAUD (*Presse médicale*, 25 mars 1896), montre à l'hôpital Saint-Antoine un homme de 27 ans, atrophié des muscles de l'épaule depuis l'âge de deux ans. Il a vu son épaule droite maigrir à vingt-sept ans et l'impotence est devenue égale des deux côtés. Tous les muscles en voie d'atrophie sont animés de mouvements fibrillaires incessants, à droite.

CESTAN (*Progrès médical*, 1899) publie une amyotrophie tardive chez un malade porteur d'un ancien foyer de paralysie infantile à droite, ayant donné un pied bot varus équin à l'âge de dix ans ; à 46 ans, la jambe gauche est atteinte. L'autopsie révèle à droite un ancien foyer dans les segments sacrés et une atrophie des cellules des segments supérieurs et de la corne du côté gauche. WEBER (*Clinical Society Transactions*, 24 février 1899), a vu un sujet dont le membre inférieur droit est atrophié depuis l'âge de deux ans, commencer une amyotrophie de la main droite à seize ans et demi.

HIRSCH (*J. of nervous diseases*, mai 1899) insiste sur l'histoire d'un sujet de 47 ans, paralysé du bras gauche à deux ans, qui actuellement, dit-il, commence une sclérose latérale amyotrophique par le membre supérieur droit.

En 1900 (*Revue neurologique*, p. 1002), MARIE montre à la Société de Neurologie un malade atteint à cinq ans de paralysie infantile du membre inférieur droit, qui, à 34 ans, fait une reprise tardive d'amyotrophie avec scoliose.

Le 2 février 1905, à la même Société, ITALO ROSSI montre un garçon de 18 ans, atteint d'atrophie musculaire depuis l'âge de six ans, chez lequel des reprises chroniques de poliomyélite aiguë ont les apparences d'une myopathie progressive, sans pourtant qu'on puisse affirmer qu'il s'agit bien d'une affection musculaire : au contraire, l'auteur incline plutôt à croire que les reprises amyotrophiques correspondent à des reprises chroniques, discrètes, de l'ancien processus poliomyélitique. On sait cependant que DÉJERINE, en 1893 (*Médecine moderne*, p. 930), a vu une poliomyélite aiguë infantile ancienne accompagnée d'une myopathie à type scapulo-huméral. Le fait de ROSSI n'est donc peut-être pas à faire entrer en ligne de compte ; d'ailleurs, nous ne voulons pas citer absolument, ni même rechercher tout ce qui a été publié. Le principal est de montrer ce qui est : tout ce qui précède suffit à confirmer qu'il y a trop de faits bien observés et trop de cas frappants pour qu'on puisse admettre une simple coïncidence entre la paralysie infantile ancienne et les nouvelles amyotrophies naissant chez les mêmes sujets. De quoi s'agit-il et qu'est-ce que ce réveil de la poliomyélite aiguë sous une forme ou sous une autre ?

Les accidents que nous avons groupés sous la rubrique générale de « réveil de la paralysie infantile », se classent facilement, comme le disent BALLET et DUTIL, en quatre groupes :

1° Poussées congestives avec parésie ou paralysies passagères ;

2° Myélite aiguë à forme de paralysie spinale aiguë de l'adulte ;

3° Myélite subaiguë à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë ;

4° Myélite chronique à forme d'atrophie musculaire progressive.

On doit, pensons-nous, y adjoindre une catégorie supplémentaire répondant à la sclérose latérale amyotrophique. Dans toutes ces divisions, c'est toujours, on le voit, la corne antérieure qui participe au processus. On se trouve donc en face de lésions siégeant toujours au même endroit et, comme la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance est due à une infection, ainsi qu'on l'a vu au début, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'une reprise de l'infection dans la moelle. Les agents pathogènes, latents pendant de longues années, reprendraient de nouveau leur activité ou leur virulence pour continuer leur attaque des cornes antérieures.

Cette explication serait assez plausible si c'était à une nouvelle poliomyélite aiguë qu'on avait toujours affaire : mais, le plus souvent, c'est une forme chronique, une amyotrophie progressive qui éclate, avec les caractères de la poliomyélite antérieure chronique par exemple. Celle-ci, disait Bernheim en 1893, est une maladie toute différente et personne n'a songé encore à la classer dans les maladies infectieuses. Il est vrai pourtant, ajoutait-il, que Roger a proproduit une amyotrophie progressive expérimentale par l'inoculation du streptocoque. Depuis lors, Léri qui a vu la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans l'atrophie musculaire progressive, pense que la syphilis serait fréquente dans son étiologie et que cette maladie ne donnerait pas ici de lésions spécifiques, mais par ses toxines circulantes amènerait des altérations cellulaires. Or, la syphilis est une infection et, d'un autre côté, la rougeole, la fièvre typhoïde, le rhumatisme, le choléra, sont assez souvent signalés dans les antécédents des sujets frappés de poliomyélite antérieure chronique. Cette origine infectieuse possible rapproche maintenant l'amyotrophie progressive de la paralysie infantile : elle n'est peut-être, comme cette dernière, qu'une maladie infectieuse pseudo-systématisée et, si ces vues ont quelque fondement, le réveil de la paralysie infantile sous forme d'atrophie progressive s'éclairerait vraiment beaucoup dans sa pathogénie.

Hirsch, en 1899, pense que le vieux foyer inflammatoire n'est que latent, qu'à un moment donné, sans nouvelle infection, il se réveille pour continuer les lésions sous une forme fréquemment moins vive et moins aiguë. On trouve la même idée chez Sterne, près de huit ans auparavant ; cet auteur écrit qu'on pourrait penser que le principe infectieux continue à séjourner, inerte, dans l'organisme pour se réveiller plus tard sous l'influence d'une cause fortuite.

Ce qui se produit chez l'adulte ne serait-il pas du même ordre que les rechutes à brève échéance qu'on rencontre chez les paralytiques infantiles peu de temps après leur maladie ? On voit des enfants repris de paralysie quelques jours, quelques semaines, où même plusieurs années après la première atteinte (Roger et Damaschino, Laborde, Duchenne). Ces faits, rappelés par Bernheim, s'expliquent sans aucun doute, à l'heure actuelle, par des reprises successives de la même infection, avec des temps d'arrêt intercalaires. Pourquoi ne pas penser de même en ce qui concerne le réveil, sous une forme ou sous une autre, à longue échéance ?

Remond a dit d'ailleurs, et c'est intéressant à ce point de vue, que l'amyotrophie secondaire débute assez ordinairement par les groupes musculaires qui ont été temporairement frappés au début de la paralysie infantile et qui ont recouvré ensuite leurs fonctions et leur volume. Ainsi, à la nouvelle attaque infectieuse se trouveraient soumises des régions jadis mises en infériorité par une première inflammation et contenant peut être encore des agents infectieux à l'état de microbisme latent. C'est assez séduisant ; mais les auteurs qui croient avant tout à une infériorité de la moelle chez les malades, bien plus qu'à un réveil d'infection, trouvent également leur compte à cette remarque de Remond, puisqu'ils peuvent dire que précisément les régions en question ne sont nouvellement prises que parce que le premier assaut leur a enlevé leur résistance native.

C'est qu'en effet, plus d'un pense que ces réveils de paralysie infantile tiennent uniquement à une susceptibilité organique du patient. Il y a, dit Brissaud, un état de réceptivité, c'est l'infériorité originelle ou acquise de la cellule nerveuse motrice. Sterne, Bernheim et d'autres pensent aussi à la possibilité de cette diathèse locale préexistante et native ; mais ils ne se prononcent pas contre le microbisme latent et, à la vérité, il y a peut-être les deux facteurs réunis et l'éclectisme aurait ainsi à dire le dernier mot, mais nous ne le croyons pas. Une lésion endormie ou mieux un foyer d'infection à réveil soudain nous paraît bien mieux cadrer avec les faits observés en clinique.

Ainsi, voici une considération : la paralysie infantile est également fréquente dans les deux sexes. La reprise tardive, aiguë ou chronique, ne survient presque que chez l'homme ; si l'infériorité de la cellule motrice était en jeu, pourquoi cette différence ? Elle s'explique au contraire avec le microbisme latent, si l'on réfléchit que le sexe masculin est infiniment plus exposé aux traumatismes, au surmenage musculaire, au refroidissement, toutes causes adjuvantes singulièrement actives en ce qui concerne le retour offensif d'une cause infectieuse jusqu'alors latente.

Un jour viendra où l'anatomie pathologique, la bactériologie et la pathologie expérimentale réunies trancheront cette discussion.

Il est inutile de s'engager dans des hypothèses avant d'avoir un terrain plus solide pour les édifier ; en attendant, le clinicien doit connaître ces faits si curieux, plus fréquents encore probablement que ne permettent de le supposer les observations pourtant nombreuses qu'on en a publiées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Mars 1906

Présidence de M. Noquet, président.

(*Suite*).

Absence totale d'un rein

M. Curtis a constaté à l'autopsie d'un tuberculeux l'absence totale d'un rein. Habituellement le rein unique est volumineux et en fer à cheval. Il n'en est rien dans le cas présent. Le rein présenté a trois artères et n'est pas volumineux. L'uretère répondant à la glande absente, est perméable et se termine par un cône filiforme qui se perd dans le tissu cellulaire. Cette perméabilité semble paradoxale. Sur l'aorte, une artériole se détache en un point symétrique à l'émergence.

M. Le Fort a vu signaler la perméabilité de l'urètère, dans des cas semblables.

Cicatrice d'ulcère rond

M. Curtis présente un estomac provenant d'une femme morte d'accidents tuberculeux. Cet estomac montre la cicatrice d'un ulcère rond, sous forme d'une énorme plaque arrondie et transparente, au niveau de laquelle la muqueuse est abrasée, la sous-muqueuse vascularisée.

Nouvelle méthode de conservation des pièces anatomiques

M. Curtis indique une nouvelle méthode de conservation des pièces anatomiques respectant la teinte des tissus. Cette méthode est susceptible de remplacer celle de Kayserling, d'un prix trop onéreux.

Voici la méthode : Mettre 24 heures durant la pièce dans un litre d'eau contenant en dissolution :

Sulfate de soude	40 grammes
Chlorure de sodium ..	10 grammes
Formol du commerce.	280 grammes

Plonger le même temps dans l'alcool à 90°, enfin conserver la pièce dans le liquide n° 1, en y ajoutant quelques gouttes de chloroforme.

Corps étranger métallique logé dans le cul-de-sac conjonctival inférieur après avoir traversé la paupière

M. Painblan présente un éclat d'acier de trois millimètres de long sur deux de large, à arêtes tranchantes, qui s'est détaché d'un ciseau à froid, sous le choc du marteau et est venu frapper la paupière inférieure à l'énucléation au dessous de la ligne des cils. Après avoir traversé toute l'épaisseur de la paupière, cet éclat s'est arrêté dans le fond du cul-de-sac conjonctival inférieur, d'où il a été facilement extrait après léger débridement de la conjonctive.

Un stylet introduit par la petite plaie cutanée et ressortant au fond du cul-de-sac, montrait bien l'obliquité du trajet dans l'épaisseur de la paupière. Cette obliquité s'explique par ce fait que le blessé travaillait à ouvrir une caisse placée à terre et avait donc, au moment de l'accident, la tête fortement penchée en avant et en bas.

Les suites de l'accident ont été des plus simples, et ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est qu'il est assez exceptionnel qu'un corps étranger, logé dans un cul-de-sac, y soit arrivé par voie transpalpébrale.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les étudiants en médecine de Paris au XVI° siècle.

M. le Dr Boyer de Choisy donne dans sa thèse (1), ouvrage très intéressant et très documenté, des curieux détails sur la vie des étudiants au XVIe siècle.

Les relations entre professeurs et étudiants étaient cordiales et familières. Souvent maîtres et élèves mangaient à la même table, prenaient part aux mêmes jeux, se livraient aux mêmes désordres.

Dans les salles de cabaret, quand les joyeuses antiennes des écoliers se faisait entendre, au milieu des nuages de fumée, l'assistance bruyante reprenait en chœur des vieux refrains latins.

Citons ce couplet bachique, qui date du moyen-âge.

Quicunque vult essse frater
Bibat bis, ter et quater.
Bibet semel et secundo
Donec nihil sit in fundo...
Et pro Rege et pro Papa
Bibe vinum sine aquâ ;
Et pro Papa et pro Rege
Bibe vinum sine lege.
Hœc una est lex bacchica,
Bibentium spes unica, etc.

Quiconqne veut être moine, qu'il boive deux, trois et quatre fois. Qu'il recommence jusqu'à ce qu'il ait vidé le pot... Buvez sans eau pour le Roi et pour le Pape, et pour le Pape et pour le Roi buvez sans mesure. C'est l'unique loi de Bacchus, l'unique espoir des buveurs.

L'enseignement universitaire donnait aux étudiants une prodigieuse assurance, un singulier aplomb. Tous maniaient les formules avec une parfaite désinvolture, une incomparable subtilité ; et si la chaleur communicative des vins les agitait, qu'elle ne devait pas être là verve de ces bacheliers, discourant de *ommi re scibili et quibusdam ahis* ?

Ils avaient une prédilection pour les chants franco-latins plus ou moins naturalistes.

Cette manie d'amalgamer le latin au langage usuel persista longtemps dans les écoles, même au XVIIe et XVIIIe siècles.

Extrait d'un opuscule, publié en 1640 composé de vieilles chansons :

Je suis un docteur tousiours yvre
Qui tient rang inter sobrios
Et si jamais je n'ai veu livre
Qu'espistolas ad ebrios ;
Et moy, de qui la panse esclatte
Nimis plenis visceribus,
J'ay les yeux bordés d'escarlatte
Et nasum plenum rubibus.
Et tousiours, tousiours chante
Qu'il vaut mieux avoir vin que trente.

Un médecin qui n'avait qu'un malade

Une clientèle de médecin peut-elle se vendre comme fonds de commerce ?

La question était posée à la 7e Chambre du tribunal de la Seine par le Dr Sassy.

Celui-ci reprochait au Dr Susini de lui avoir vendu une clientèle avec un seul malade pour unique client.

Le tribunal, présidé par M. Séré de Rivières, a décidé qu'une clientèle de médecin ne se vend pas ; elle n'est pas dans le commerce. Les traités, en pareil cas, parlent de tout autre chose, c'est un bail, une bibliothèque, un mobilier qu'on inscrit sur l'acte en échange du prix.

C'est ce que les deux docteurs avaient porté sur leur traité, et c'est pourquoi M. Sassy a perdu son procès. Or, comble de déveine, on annonce que l'unique malade est guéri.

(*La Clinique de Bruxelles*).

Le celibat par ordre médical dans le mariage

Un cas extrêmement curieux de divorce vient d'être tranché par les magistrats de la 4e Chambre.

Mme X..., la femme d'un jeune diplomate de la République française, ayant à se plaindre de la froideur de son mari, qu'elle qualifiait, dans la circonstance, de méprisante, demandait la dissolution de son mariage. Elle basait principalement sa requête sur le chef d'injure grave, consistant en ce que, après quatre ans de vie commune, M. X... n'avait pas rempli ses devoirs conjugaux. Et, pour approuver le bien-fondé de son grief, elle offrait de prouver qu'elle était encore vierge...

M. X... ripostait en justifiant que le devoir conjugal lui était interdit par la Faculté, en raison même de la conformation et de l'état général de la santé de sa femme. Et il ajoutait : « Si je n'ai pas accompli mon devoir d'époux, c'est que j'estimais, au contraire, que je remplissais un véritable devoir moral, en m'abstenant d'actes qui auraient pu avoir pour conséquence la mort de ma femme ».

Le tribunal a aprouvé la conduite de M. X..., et il a, partant, débouté Mme X... de sa demande en divorce.

« Attendu, dit-il dans son jugemont, qu'il est certain et non dénié que le développement physique de la dame X..., qui a les apparences d'une adolescente de quinze ans, n'est pas normal ; que, sans avoir à apprécier le coté moral de l'union contractée par le mari et le mobile auquel celui-ci a obéi, et quoiqu'un certificat médical constate que rien dans l'état de Mme X... ne peut s'opposer pour elle à l'accomplissement du devoir conjugal, on peut ne pas considérer comme injurieuse l'abstention de ce dernier, d'autant moins qu'une *grossesse* de la demanderesse pouvait avoir pour elle les plus graves conséquences... »

Ainsi donc, le fait d'incapacité du mari au point de vue conjugal est de nature à constituer une injure grave, et à faire prononcer le divorce ; il n'en est pas de même si le fait d'abstention est dicté par les considérations qu'on vient de lire.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

Une concrétion vésicale préhistorique

Elle a été découverte par le professeur Eliot Schmidt, dans un des sarcophages préhistoriques, mis au jour lors des fouilles entreprises dans la Haute Egypte par El Amrah. Elle gisait entre les deux os iliaques d'un adolescent de seize ans. L'âge des tombeaux a été évalué à 7.000 années au moins. L'examen de la concrétion vésicale a démontré que le noyau. constitué exclusivement par l'acide urique, était enveloppée par une coque de phosphates.

(*Gazette des Sciences Médicales*).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique pour le choix des verres de lunettes et l'examen de la vision, par le Docteur SCRINI ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris, lauréat de l'Académie de Médecine, membre de la Société de thérapeutique, et le Docteur FORTIN, médecin oculiste. Paris, VIGOT Frères, in 18 jésus cartonné avec 24 figures. . . . . **4** fr.

Cet ouvrage, pour l'examen de la vision et la prescription des verres de lunettes, s'adresse aussi bien aux spécialistes qu'aux praticiens.

Dnas un premier chapitre, après une brève introduction sur la nature des verres employés en oculistique, les auteurs abordent — sans entrer dans les grandes considérations mathématiques — la question des propriétés des verres sphériques, cylindriques, prismatiques, toriques et de leur puissance. Ils décrivent ensuite les différents moyens de déterminer la nature et la force d'une lentille donnée.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'œil ramené schématiquement à un appareil dioptrique très simple, du mécanisme de l'accommodation, des états tels que la presbytie, l'aphakie etc., qui entraînent son affaiblissement ou sa suppression et à la définition des amétropies de l'œil : l'Hypermétropie, la Myopie, l'Astigmatisme.

L'exposition simple des méthodes pratiques — tout spécialement de la skiascopie et de l'ophtalmométrie — pour la recherche et la détermination des états amétropiques de l'œil et de leur degré fait l'objet du troisième chapitre complété par un autre où les Docteurs Scrini et Fortin étudient la vision binoculaire, la correction des amétropies et la prescription des verres.

Le dernier chapitre passe en revue les différentes sortes de montures des verres avec leurs indications spéciales.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille
DU 1er AU 6 AVRIL 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	4	6
3 mois à un an	6	4
1 an à 2 ans	3	3
2 à 5 ans	3	1
5 à 20 ans	3	3
20 à 60 ans	15	24
60 ans et au-dessus	13	15
Total	47	52

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 1 an	Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans	Diarrhée et entérite plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	1	1	»	»	»	1	»	»	3	2	8
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	»	»	3	3	»	»	4	4	3	4	2	»	»	»	»	»	2	11	9
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	3	»	»	2	2	6	»	1	»	»	»	»	»	7	5	16
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	3	5	6	3	3	»	»	1	1	»	4	15	25
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	»	2	»	5	»	»	1	3	3	2	6	»	»	1	»	»	3	4	12
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	6	1	4	1	1	2	1	6	4	5	5	»	»	»	»	»	12	11	8
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	9	»	»	4	»	1	1	»	»	1	2	»	»	»	»	»	2	4	11
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	1	2	»	1	»	»	»	1	»	»	1	2	4
Fives, 24,191 hab.	1	»	1	»	»	5	4	»	2	»	3	2	»	2	3	1	»	»	»	»	»	3	6	7
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	»	2	2
Sud, 5,908 hab.	1	»	»	»	»	4	»	»	2	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	4
Total	2	»	1	»	»		8	8		1	7						»	»	3	1	»	38	99	106

N° 486. Dixième Année. N° 18. Le Numéro : 10 centimes 6 Mai 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale infantile

Les hernies de la trompe seule chez l'enfant.

par MM. le professeur agrégé **Gaudier** et le Dr **Debeyre**.

La connaissance des hernies de la trompe utérine sans l'ovaire, est de date relativement récente. Elle est contemporaine des progrès de la chirurgie. Dans des hernies affectant des sièges divers, on a noté la présence des trompes, des ovaires, de l'utérus qui peuvent s'y trouver séparément ou simultanément.

Mais la hernie tubaire isolée est un fait rare dans la science médicale : cette rareté constitue un des points remarquables de la hernie de la trompe : la difficulté de son diagnostic n'est pas moins importante à signaler : ces hernies étant le plus souvent des trouvailles d'autopsie ou des surprises d'opération.

Le premier cas relaté, date de 1716, il est reproduit dans le travail de PUECH, en 1878, d'après LÉGER de GONEY, maître chirurgien, juré de Rouen; SCHULTZ, dans sa thèse (1898), le cite comme observation. Pour GARRIGUES (thèse de Paris 1904), le premier cas de hernie de la trompe seule a été publié par VOIGT, en 1809. Le second dans la littérature médicale et le premier signalé en France, date de 1834, et appartient à BÉRARD.

En 1889, paraît le premier travail sur la question. BRUNNER donnant deux observations très complètes, étudie les accidents de pseudo-étranglement. Dans l'intervalle, on trouve publiés les cas de SCHOLLER (1840), de AUBRY (1842), de DOLBEAU (1854), de DUPONT de Lausanne (1878), de FÉRÉ (1879), de LENTZ (1882), de VOGEL (1886).

LEJARS, en 1893, dans la *Revue de Chirurgie*, fait une étude d'ensemble et rassemble onze observations.

En 1895, ROUTMINE publie un cas de hernie crurale de la trompe, suivi de considérations anatomiques sur la disposition des organes génitaux, chez le nouveau-né.

La même année paraissait la statistique de la clinique chirurgicale de Zurich (HENGGELER) relatant 276 cas de hernie étranglée, parmi lesquels deux cas de hernie de la trompe.

Le mémoire de GOEPEL, en 1896, apporte une observation nouvelle. VITTORIO REMEDI, dans un travail sur la *hernie de la trompe utérine* et de *la trompe accessoire* (1898), qui nous fut prêté par M. le Prof. agrégé LEFORT, signale les observations de VOIGT,

BÉRARD, AUBRY, DOLBEAU, DUPONT, LENTZ-BOECKEL, VOGEL, BRUNNER, WIGGER (1891), CINRADI-VOIGTEL, BANDL-PACKER, LEJARS, TURGIS (1893), KOUTMINE, HENGGELER, MORTON et BUTLER (1894), GOEPÉL, WALDEYER (1896), THOMAS-MACEWEN (1896), JORDON (1897), MALHERBE (1897), WALTER (1897).

SCHULTZ, dans sa thèse, en 1898, nous donne vingt et une observations. Nous y trouvons les faits déjà signalés dans le mémoire de LEJARS et en outre les observations de PICQUÉ et POIRIER (1892), de BROCA (1893), de GUINARD et DUDEFOY (1893), de JALAGUIER (1896), de WIART (1897), non indiqués dans le travail de REMEDI. Il faut ajouter que, de son côté, REMEDI présente des observations oubliées par SCHULTZ.

En 1902, paraît la thèse d'IVANOFF, relevant la plupart de ces cas. MORF, en 1901, avait, dans les *Annales de chirurgie de Philadelphie*, étudié la hernie de la trompe, sans hernie de l'ovaire.

La thèse de GARRIGUES (Paris, 1903), renferme quarante-quatre cas. Il y a d'abord trois observations personnelles, puis, outre celles déjà signalées par de précédents auteurs, les cas de RUDOLPH FRANK (1892), JABOULAY, dans la thèse de VAUCHER (Lyon, 1895), MAYDL (1895), DEMOULIN (1899), WIART (1899), ABADIE et DUBOURG (1899), ODIZIO (1899), G. DE FRANCISCO (1900), VILLARD (1900), MARIANI (1901), LEFORT et DAVRINCHE (1902), LEJARS (1904).

Pour être complet, nous devrions encore citer la thèse de SEBIAN (1903), celle de BOULFROY (1904), la thèse de BEYAERT (1906), deux articles récents, l'un de HEEGARD, dans la *Semaine gynécologique* (1905), l'autre de FRANK ANDREWS dans l'*American Journal*, et une observation inédite de M. le Dr VANVERTS, avec examen microscopique de M. le Prof. agrégé CARRIÈRE.

Nous avons eu la bonne fortune de constater tout récemment, chez un enfant âgé de quatre mois, la présence d'une hernie de la trompe droite.

Voici l'observation originale:

La mère nous apprend que le bébé, quinze jours après sa naissance, était porteur d'une tumeur de la grosseur d'une petite noisette, siégeant dans le pli de l'aine droite, et survenue, d'après la mère, à la suite d'un effort de toux.

L'enfant s'alimente mal, il est chétif et il a fait la coqueluche.

Il y a huit jours, brusquement, la petite tumeur augmentait de volume et atteignait celui d'une très grosse noix. Pas de symptômes fonctionnels. L'enfant crie davantage depuis ce jour, mais il ne présente pas de vomissements, va bien à la selle et urine bien.

Le volume de la tumeur est resté invariable.

On constate au niveau des fesses et de la vulve, un érythème vésiculeux.

Dans la région sus-inguinale droite, on aperçoit un relief notable. La tuméfaction, de forme ovoïde, a son grand diamètre dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

La peau n'est pas rouge, mais tendue à la surface.

La palpation nous permet de reconnaître que la tumeur n'est pas adhérente à la peau, mais immobile et paraissant fixée sur les plans profonds par un pédicule. Avec beaucoup de réserve, nous avons tenté de la réduire; mais sans trop insister.

La partie inférieure de la tumeur rend inaccessible l'orifice externe du canal inguinal.

La palpation ne donne pas une sensation nette de fluctuation, mais plutôt celle d'une certaine rénitence.

L'hypothèse d'adénite inguinale est écartée; de même celle d'abcès froid qui ne saurait se justifier dans le cas présent; nous pensons plutôt à un kyste du canal de Nück.

Nous proposons l'intervention, qui est acceptée et faite séance tenante. Pas d'anesthésie. Incision transversale haute. On arrive sur une enveloppe bleu-grisâtre, tendue, offrant quelques adhérences avec les tissus circonvoisins. Le doigt permet alors d'énucléer la tumeur, que l'on trouve retenue par un pédicule, se dirigeant vers l'anneau inguinal externe et gros comme un porte-plume. Nous ouvrons avec précaution : il s'agit d'un sac d'où s'écoule un peu de liquide séreux, clair, inodore. Nous reconnaissons au fond, vers le pédicule, *la trompe* à ses franges auxquelles semble appendu *un ovaire* volumineux et noirâtre, comme sphacélé.

Pas d'intestin, pas d'épiploon, pas d'autre organe dans l'intérieur du sac.

Nous tirons sur le pédicule légèrement, pour en amener au dehors la plus grande partie, nous posons une ligature le plus loin possible sur le pédicule sans rien voir d'anormal, et nous sectionnons.

Nous terminons par la cure radicale banale et appliquons un pansement simple (gaze neutre et taffetas d'Angleterre). L'opération a duré neuf minutes.

Nous avons revu l'enfant le lendemain; il allait bien, ne présentait aucun phénomène thermique: la guérison fut rapide (9 jours).

M. DEBEYRE a bien voulu examiner les pièces enlevées, comprenant une trompe et ce que nous croyions

être un *ovaire* sphacélé et nous en remettre la relation suivante :

Sac herniaire. — De forme ovoïde, il a le volume d'une noix, la surface externe est recouverte de quelques fibres musculaires striées; donc elle adhérait aux plans circonvoisins ; la séreuse est légèrement épaissie et infiltrée de globules sanguins.

Pédicule. — Le pédicule apparaît absolument sain ; il a subi sur lui-même un mouvement de torsion, ainsi que le représente la figure 1. Coupé en série, et examiné au microscope, ce pédicule présente tous les caractères de la trompe utérine. La trompe a été sectionnée très haut, une partie de la corne utérine a été « mouchée ». A l'autre extrémité, on aperçoit à peine quelques franges adhérant intimement à la paroi de l'ovaire kystique et confondues avec elle.

La musculeuse de l'oviducte est presque normale, légèrement infiltrée par des hématies ; la muqueuse est complètement dissociée.

Comme le montre la figure, les franges *(f)* de la muqueuse sont dispersées dans la lumière du conduit; quelques-unes pourtant sont encore en place. Le revêtement cellulaire a disparu et l'on aperçoit pêle-mêle dans la cavité du tube des bandes épithéliales plus ou moins longues *(e)*.

Nous avons tenu à montrer, à côté de cette trompe tordue, la structure normale de l'oviducte.

Ovaire. — Cette tumeur arrondie n'est pas un ovaire, mais un simple caillot sanguin datant de quelques jours, et déjà en voie d'organisation ; nous avons scrupuleusement recherché les follicules, nous n'avons rien vu de semblable ; nous avons remarqué seulement la présence d'amas de globules sanguins plus ou moins pressés dans les mailles d'un tissu cellulo-graisseux, avec de place en place quelques fibres conjonctives et des fibres musculaires striées, rares.

Chez l'enfant, la hernie tubaire est toujours congénitale. Les observations se réduisent à un nombre restreint. Nous possédons celle de Scholler, en 1840. *Il s'agit d'une petite fille de onze jours qui avait une hernie inguinale congénitale, renfermant la trompe de Fallope ; le ligament rond, du même côté se présente plus court que l'autre et l'utérus a subi un déplacement latéral.*

Dans l'observation de Féré (1879) (Etudes sur les orifices herniaires), on remarque chez un enfant de 21 jours, *une hernie inguinale droite, contenant uniquement le pavillon de la trompe.*

Walter, en mai 1894, trouve *dans un sac herniaire, chez un bébé de 14 mois, un petit étranglement de l'intestin grêle, plus la trompe qu'on réduit.*

Jalaguier (1898), pratique *une cure radicale de hernie inguinale droite, chez une fille de 19 mois et rencontre un sac formé par le canal de Nück et à l'intérieur le tube de Fallope.*

P. Wiart (1898), relate à la Société anatomique, une disposition anormale très rare des trompes droite et gauche, remarquée sur un sujet féminin de deux mois et demi.

De chaque côté, sortant par l'orifice inguinal externe, existe un sac péritonéal du volume d'un gros grain de blé. A gauche, le sac est vide, la portion herniée du pavillon de la trompe n'atteint pas l'orifice externe.

Sur un autre sujet, âgé de 6 mois, P. Wiart (1899),

A droite, la trompe est allongée dans le sac.

observe une hernie congénitale de la trompe gauche.

Demoulin, à la Société de Chirurgie (1899), présente le bassin d'un nouveau-né, sur lequel on voit, manifestement, une hernie congénitale de la trompe gauche.

Odizio, la même année, opère d'une hernie tubaire, dans la région inguino-labiale droite, une enfant de 6 ans. *Cette trompe, n'offrant aucune altération, fut réduite, dans la cavité abdominale, le sac herniaire excisé et le canal inguinal réparé par le procédé de Bassini.*

Mariani (1901), chez une fillette de dix ans, remarque une hernie double inguinale. *La trompe droite* est dans un état légèrement hyperémié. A gauche, le sac, trouvé vide, est isolé et reséqué.

Le Dr Vanverts nous a communiqué une observation de hernie inguinale droite, par glissement de la trompe.

V. H., âgé de dix ans, présente, depuis deux ans, une tumeur inguinale droite réductible.

A l'opération, on trouve, au fond du sac, un corps rosé qui est pris d'abord pour l'appendice ; mais le cordon se termine par une extrémité libre, en forme de pavillon avec des franges : il s'agit, par conséquent de la trompe.

A peu de distance du pavillon, un repli séreux se détache de la trompe et s'insère à la partie inférieure du sac; ce repli n'est autre que l'extrémité supéro-interne du ligament large.

En exerçant des tractions sur la trompe, on arrive sur l'ovaire qui est gros et kystique. L'ovaire et les deux tiers externes du tube de Fallope sont excisés, le sac est disséqué et enlevé.

Les suites furent extrêmement simples.

Nous nous occupons seulement des hernies tubaires chez l'enfant et nous pouvons dire que la hernie inguinale seule a été rencontrée dans le premier âge.

Le caractère congénital semble évident, si l'on considère l'âge auquel l'accident s'est produit. La hernie reconnaît pour cause prédisposante, la non oblitération du canal de Nück, jointe à la situation élevée des organes génitaux internes chez l'enfant en bas âge, à la laxité du ligament large et, par suite, à la mobilité de la trompe.

L'existence de hernies tubaires à un degré différent d'évolution, comme dans l'observation de Wiart, démontre l'hypothèse, émise par Cruveilhier (1859), à savoir que la trompe s'engage la première dans le trajet herniaire et attire l'ovaire : « J'ai rencontré « deux fois, disait Cruveilhier, dans une hernie, la « trompe sans l'ovaire et jamais l'ovaire sans la « trompe. »

La hernie de l'oviducte ne donne lieu à aucun symptôme pathognomonique permettant de la reconnaître cliniquement ou même de soupçonner la nature réelle de l'affection. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point et le diagnostic n'a, pour ainsi, dire, jamais été posé.

Tout se réduit, chez l'enfant, aux signes physiques et les symptômes sont analogues à ceux des hernies congénitales ordinaires. Au niveau de la région inguino-labiale, se trouve une tumeur arrondie ou ovoïde, dont le pédicule s'enfonce dans le canal inguinal. Cette tumeur est le plus souvent réductible, sans gargouillement. Pourtant, dans le cas de Jalaguier, la réduction se fit avec gargouillement et l'on ne rencontra à l'ouverture du sac, ni intestin, ni épiploon.

La trompe est un organe trop petit pour être nettement reconnu à la palpation et sa présence est tellement rare dans un sac herniaire que l'on n'y pense pas. On ne note pas davantage ces crises douloureuses que l'on remarque dans les hernies de l'ovaire.

On ne peut, chez l'enfant, s'aider du toucher vaginal et de l'exploration de l'utérus.

Le sac ouvert, il peut encore exister un doute dans l'esprit de l'opérateur. Deux signes seulement, permettent de lever toute hésitation (Garrigues) : présence à l'une des extrémités de l'organe hernié d'un bouquet de franges, continuité de cet organe avec la corne utérine.

Si, en exerçant une traction sur la trompe, on amène l'ovaire dans la plaie, il s'agit bien de la trompe de Fallope et l'on peut éliminer d'emblée l'hypothèse de trompe accessoire de Rotikansky (1852), dont Remedi rapporte un cas et Walter, une seconde observation. Ce dernier diagnostic n'a qu'une importance secondaire, étant donné la rareté des hernies d'une trompe accessoire.

Cette trompe, pourvue d'un sac herniaire, peut, comme tous les viscères herniés, s'étrangler. Mais on constate rarement le tableau de l'étranglement vrai. Chez l'enfant, on a du pseudo-étranglement par torsion du pédicule. Martin avait signalé ces troubles, en 1903. La trompe peut être traumatisée, mais elle est toujours, chez l'enfant, saine primitivement. Les symptômes se réduisent à l'irréductibilité, aux vomissements non fécaloïdes, aux selles irrégulières. Dans le cas de Scholler, l'enfant mourut dans les convulsions, mais le petit malade n'avait que dix-neuf jours ; on comprend que les phénomènes réactionnels aient été intenses.

Comme dans notre cas, le tableau clinique revêt parfois un aspect moins sombre. La tumeur de l'aine, irréductible, devient un peu douloureuse; le ventre n'est pas ballonné, les fonctions restent normales et l'état général n'a pas varié.

Le pronostic apparaît bénin; la guérison est la règle à la suite d'une intervention chirurgicale. Quel est le traitement de cette affection?

Nous ne devons nous occuper que de la conduite à tenir envers la trompe, surprise opératoire. Si l'on pouvait faire cliniquement le diagnostic de hernie tubaire, on pourrait envisager deux cas: celui où la hernie est simple et celui où la hernie est étranglée, et conclure que la méthode chirurgicale est toujours le traitement de choix.

Mais, comme la découverte de la trompe au fond du sac est une surprise opératoire, une seule question se pose et il faut la résoudre immédiatement.

Doit-on exciser la trompe ? Il faut, comme dit Lejars « prendre conseil du viscère hernié ». Dans le doute, l'excision est le moyen le plus sûr. Mieux vaut réséquer la trompe que de s'exposer à réduire dans l'abdomen un organe capable d'infecter le péritoine.

Amener à l'extérieur une bonne partie de la trompe,

jeter une forte ligature au catgut, cautériser la muqueuse et terminer par une cure radicale, voilà la conduite à tenir.

Une dernière recommandation; l'opération doit être menée avec prudence et méthode, puisque le diagnostic n'est pas très ferme, en général, dans les tumeurs de la région inguino-labiale, chez la petite fille. Nous préférons l'incision haute et transversale à l'incision oblique et parallèle au grand axe de la tumeur. Le sac, excessivement mince, sera ouvert avec précaution, ou bien l'on s'exposerait, sans aucun doute, à des surprises désagréables.

Consultations Médico-Chirurgicales

Tuberculose pulmonaire

Professeur F. COMBEMALE.

Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire sont nombreuses, et bien des questions peuvent se poser au cours du traitement d'un tuberculeux, du fait d'un symptôme gênant, d'un accident, d'une complication. Résoudre toutes ces questions au mieux des conditions d'âge, de fortune, de situation sociale du tuberculeux, tel est le problème clinique quotidien dans toute sa complexité. Il ne saurait être abordé tel quel ici. Les formes les plus classiques, les symptômes les plus habituels, les accidents les plus fréquents seront seuls étudiés, parce que l'objet plus immédiat des observations du praticien.

I. Forme vulgaire lente

La tuberculose pulmonaire dans sa forme clinique la plus fréquente évolue lentement. Elle met plusieurs années à parcourir le cycle qui va de l'ensemencement du poumon par le bacille de Koch à la destruction du parenchyme pulmonaire et aux phénomènes qui dépendent de cette destruction. Bien des occasions se présentent pour le médecin durant cet espace de temps pour donner conseil ; rares dans le premier stade, lors de la période de germination, et pour des accidents qui ne paraissent pas sérieux au malade, ces occasions deviennent plus fréquentes dans la période de tuberculose pulmonaire confirmée, quasi quotidiennes à la période terminale. L'efficacité de ces conseils est toujours certaine, ayant pour but la guérison dans les premiers stades, le soulagement dans les derniers.

PÉRIODE DE GERMINATION

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un adolescent, grand, svelte, élongé, au cou de cygne, aux omoplates saillantes, la peau mince et blanche veinée de bleu, le visage amaigri, les pommettes saillantes, les yeux excavés et cerclés de bleu, les cils longs, se présente à vous parce qu'il tousse d'une toux sèche, brève, d'une ou deux saccades, sans effort, le jour par intervalles, surtout après le repas, la nuit toujours à la même heure, vers cinq heures du matin. Vous apprenez de lui qu'il a présenté auparavant une hémoptysie, ou bien qu'il s'anémie sans raison, qu'il souffre de dyspepsie, voire même qu'il ne s'est jamais connu malade. Mais vous ne tardez pas à connaître en poursuivant l'interrogatoire qu'il crache un peu de mucus noyé dans une mousse abondante, qu'il est essoufflé par un léger effort, pour tousser, par replétion stomacale ; vous découvrez entre les épaules, sous les clavicules, sur l'omaplate des points douloureux spontanément ou par la pression, que la voix est enrouée, couverte. L'amaigrissement constaté ne s'explique par aucune hypothèse, les doigts sont hippocratiques ; de la fièvre se présente tous les soirs vers cinq heures, dépassant de 1° à 1°5 la température du matin, non précédée de frisson, amenant du malaise seulement, accélérant le pouls et se terminant dans la nuit par une sudation abondante, sur la poitrine de préférence. A l'examen de la poitrine, la respiration se montre fréquente, superficielle, inégale de rythme; à la palpation les vibrations thoraciques sont augmentées, à la percussion le son est obscur, submat dans les fosses sous-claviculaires, à l'auscultation aux mêmes régions l'inspiration est rude, saccadée, l'expiration prolongée ou soufflante ou bien la murmure vésiculaire est affaibli ; la voix et la toux sont retentissantes, des craquements secs, fins se laissent percevoir à l'inspiration. Cet habitus, ces symptômes fonctionnels et généraux d'infection pulmonaire lente, ces signes physique d'induration pulmonaire caractérisent la *tuberculose pulmonaire à la période de germination.*

L'hémoptysie, la congestion pulmonaire menacent de compliquer cet état pendant toute la durée de cette période.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — Le bacille de Koch est l'agent causal de la tuberculose pulmonaire. Apporté par la voie sanguine ou lymphatique dans les mailles du tissu pulmonaire, il provoque des réactions qui aboutissent au tubercule, véritable corps étranger, et à des troubles circulatoires périphériques à ce tubercule. La guérison spontanée de cette infection tuberculeuse locale s'obtient par l'inclusion dans un tissu de sclérose de ce corps étranger ; la mobilisation de toutes les forces défensives disponibles de l'organisme est nécessaire pour cela.

L'indication de se modeler sur ce processus de guérison spontanée est nette ; l'hygiène, la diététique, au besoin des moyens médicamenteux modificateurs de la nutrition seront les moyens de remplir cette indication primordiale. Abaisser au niveau nécessaire la réaction vaso-motrice périphérique, et empêcher par l'excès de cette réaction, la généralisation possible, est non moins urgent et non moins capital. Cette tâche est rendue facile par le fait que les tubercules ne communiquent point encore avec l'extérieur et que par conséquent l'ensemencement des tissus voisins est moins aisément réalisable.

D'autres indications naissent au cours de cette période de germination de ce que des symptômes gênants, fièvre, toux, sueurs, anorexie, par leur retentissement sur l'état général, exigent une prompte et sérieuse intervention. Le maintien des forces à l'étiage est en effet le but poursuivi, et tout ce qui les diminue est susceptible d'être traité médicamenteusement. De même tout ce qui favorise les accidents congestifs. Ces indications se présentent fréquemment et sont dignes de toute l'attention du médecin, à seule fin de retarder le passage à la période confirmée, voire même de faire rétrocéder le mal.

TRAITEMENT. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire à la période de germination se résume en la thérapeutique hygiénique et diététique de façon continue, et occasionnellement en un traitement médicamenteux.

TRAITEMENT DIÉTÉTICO-HYGIÉNIQUE. — « Pour combattre efficacement la tuberculose, il convient que que le malade change de milieu, qu'il abandonne ses occupations, sa famille » (MEISSEN). Rares sont les tuberculeux à qui le médecin demandera réellement cet effort, bien qu'il doive le conseiller à tous. Les situations de fortune n'en permettent pas en effet l'observation à tous. Mais tous les accommodements à cette règle par trop rigide devront par contre s'inspirer des principes fondamentaux du traitement médico-hygiénique qui sont la cure d'air, la cure de suralimentation, la cure de repos, et aussi les pratiques destinées à endurcir le malade, en particulier l'hydrothérapie. On devra néanmoins interpréter ces principes avec souplesse et les adapter aux exigences spéciales de la vie et de la situation de chaque tuberculeux.

Cette triple cure peut être faite partout où il y a de l'air pur, partout où le malade trouvera alimentation abondante, repos physique et intellectuel. Néanmoins, le sanatorium qui semble plus facilement favoriser ce triple desideratum et comporte habituellement une direction médicale éclairée ne devra pas a priori être écarté comme endroit de cure. Les stations d'été ou d'hiver où l'on pratique le home-sanatorium ne seront pas davantage dédaignées. Quant au choix de ces stations, il faut avant tout se souvenir que **les tuberculeux qui ont eu des hémoptysies ne doivent point aller au bord de la mer** ; toutefois, les rivages de la Méditerranée ne sont pas complètement interdits à ces formes éréthiques, à la condition que dans les régions de Nice, Alger, Ajaccio, ils s'installent loin dans les terres. Pau et Arcachon semblent cependant pour eux le climat préférable. Ceux qui au contraire n'ont pas de tendances congestives, qui ont des réactions torpides ou indifférentes, se trouveront en hiver très bien du climat méditerranéen, depuis Hyères jusqu'à Vintimille, des altitudes élevées ou moyennes, telles que Davos et Leysin, en Suisse, Durtol, le Canigou, en France, en été, du climat de plaine ou d'altitude moyenne comme La Motte-Beuvron, des plages de l'Ouest, telles que Royan, le Croisic, etc. Par les voyages sur mer, on obtiendrait le même résultat. Il faut **se garder toutefois de changer sans cesse de résidence** ; néanmoins si on a choisi le midi, il faut le quitter en été, à raison de la chaleur.

« Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire ne peut donner des résultats toujours efficaces. Mais cette méthode est actuellement la plus puissante, et il est probable qu'on ne pourra jamais s'en passer. » (MEISSEN).

Cure d'air. — La cure d'air, quelle que soit la région la région choisie, est fondamentale ; elle doit être absolue et se pratiquer à la campagne, loin des agglomérations et de la poussière. Elle sera ininterrompue, nocturne et diurne, quelque temps qu'il fasse.

Pour le citadin ou le tuberculeux pauvre, qui ne peut habiter la campagne, fuyant les logements qui prennent jour sur des ruelles ou sur une courette, il habitera de préférence les étages supérieurs, faisant sa chambre à coucher de la pièce la plus vaste, la plus ensoleillée, vivant en permanence la fenêtre ouverte, tout en évitant l'arrivée trop directe de l'air. On lui vantera aussi les avantages de la respiration nasale. Ce régime de l'aération permanente dans les quartiers de la ville où les poussières sont minimes, peut donner de meilleurs résultats qu'un long séjour à la campagne pendant lequel on n'oserait pas ou on ne saurait pas profiter de l'air libre.

Quant au tuberculeux fortuné, il pratiquera la cure d'air, le jour, protégé du soleil, du vent et de la pluie, sous un hangar ou dans une pièce vaste, débarrassée de tentures et de tapis, aux fenêtres largement ouvertes, la nuit dans une chambre également vaste, dont la fenêtre sera grand ouverte, excepté au moment du

coucher et du lever. Vêtu de flanelle, au besoin une boule d'eau chaude aux pieds, il aura dans son lit des couvertures à la fois légères et chaudes. La chambre sera de préférence orientée vers le sud, mais on évitera le soleil, surtout pour les hémoptoïques ; on ne permettra jamais la promenade au soleil sans ombrelle.

Le séjour, même prolongé d'une heure seulement, dans une pièce fermée, la fréquentation des cafés, des théâtres, des magasins, des usines, des réunions publiques, des bals, bref de tous les endroits où la poussière peut être rencontrée, doit être formellement interdit.

Cure d'alimentation. — La ration d'entretien, spéciale à chaque individu, doit être dépassée par le tuberculeux, surtout la ration d'albuminoïdes. Maigrir ou rester stationnaire n'est pas de bon augure pour lui ; il lui faut engraisser. Toutefois, s'il doit se suralimenter, il faut éviter qu'un engraissement trop rapide soit suivi de dyspepsie ou d'autres troubles tout aussi dangereux. « On n'assimile bien que ce que l'on digère bien » (MARFAN). Aussi lui faudra-t-il pour établir la courbe des poids se peser régulièrement à la même bascule et dans le même costume tous les huit jours.

Quatre repas par jour à heure fixe, seront servis au tuberculeux. Le premier déjeuner, à huit heures du matin comprendra deux œufs, de la viande froide, pain, beurre et chocolat, ou lait ou café au lait. Le déjeuner, à midi, sera composé de hors-d'œuvre, plat de deux œufs, entrée, rôti, légumes, entremets, fromage, desserts. Le goûter, à quatre heures, sera fait de pain avec fromage, beurre ou confiture, ou lait ou œufs. Le dîner, à sept heures, comprendra potage, entrée, rôti, légumes, entremets, fromage, dessert.

Ces aliments, le malade les mâchera bien, les mangera lentement avec son couvert et son verre personnels ; ils seront bien appétissants et variés, abondants et nourrissants. Le lait sera toujours bouilli. Les viandes, les graisses, le lait et les œufs formeront le fond du régime. Toutefois, **certains aliments paraîtront plus souvent dans le menu,** tels : parmi les viandes, la viande de boucherie en rôtis saignants, la volaille, la cervelle, le foie, le jambon, le foie gras, la tête de veau ; parmi les poissons, la sole, le merlan, le brochet, la limande, les huîtres ; parmi les féculents les haricots, les lentilles, les pois en purée, le riz, les pommes de terre, les pâtes alimentaires ; les conserves à l'huile de thon et de sardines, le beurre et les fromages, les fruits cuits, les compotes, les entremets au lait et aux œufs, les potages aux farines de céréales additionnés d'œufs seront parmi ces aliments fondamentaux des menus. Mais on se montrera plus réservé pour les crudités, les sucreries.

Le tuberculeux boira peu, du lait, de la bière légère, de l'eau pure, du vin rouge ou blanc mais coupé. Il **s'abstiendra d'alcool,** de vins généreux, de champagne ; rarement il pourra prendre du thé ou du café.

L'appétit nécessaire à la suralimentation, le malade devra le puiser dans la sévérité plus grande de la cure de repos et d'air, dans sa propre volonté, dans la multiplication des repas et leur moindre abondance, dans la limitation de ces repas aux seuls œufs, lait et viande crue. **Ce ne sera que si persistait l'anorexie qu'on aurait recours aux médicaments.**

Un autre aliment important, quasi un médicament, est la **viande crue :** demi-heure avant chacun des principaux repas, le produit du râpage au couteau, du pulpage de 150 à 400 grammes de viande de bœuf crue, dégraissée et parée, sera absorbé dans une tasse de bouillon presque froid. Au cas de répugnance, on fait macérer deux heures dans le cinquième de son poids d'eau bouillie froide de une à six livres de viande de bœuf dégraissée et hachée, puis on passe à la presse le tout enveloppé d'un linge, jusqu'à ce que tout le suc soit extrait ; les deux cinquièmes de la viande employée sont ainsi recueillis, administrés sans délai, une demi-heure avant le repas, un peu salés, ou bien dans du bouillon froid. Le bouillon concentré, obtenu avec la **marmite américaine,** peut, au besoin, être utilisé aussi.

L'**huile de foie de morue,** qu'on a à tort considérée comme spécifique, et qui n'agit que comme corps gras très assimilable, peut trouver place dans la cure d'alimentation, si elle est supportée sans répugnance, sans troubles intestinaux ou gastriques : une à cinq cuillerées par jour au milieu du repas, seront la dose nécessaire.

La régularité des selles sera surveillée.

Cure de repos. — Contrairement à des opinions enracinées, l'**exercice n'est rien moins que salutaire au tuberculeux.** Il lui sera interdit de fatiguer son corps, son esprit, ses sens ; les soucis moraux lui seront aussi ménagés. Mais des exercices physiques, ce sont surtout ceux du thorax et des membres supérieurs qui lui seront défendus : je cite aussi au hasard piocher, raboter, ramer, conduire une voiture, chanter, souffler dans un instrument à vent, etc. Le travail intellectuel, la musique, lui seront aussi refusés en tant que plus qu'une distraction : quant au coït, l'abus est trop près de l'usage pour ne pas l'interdire à peu près complètement.

Les promenades seules seront autorisées, de courte durée, en terrain non accidenté, de préférence après le repas, et sans hâte ; leur nombre quotidien variera avec la température du malade. Dès que 37° est dépassé, la promenade n'est plus permise, le repos doit devenir

absolu ; la courbe des températures est du reste établie par une prise toutes les deux heures, du réveil au coucher, au moyen d'un thermomètre à bouche que l'on garde sous la langue cinq minutes sans parler.

Le repos sera pratiqué sur une chaise longue, au grand air, garnie d'un matelas, de coussins, d'appuis-bras, inclinée et courbée suivant une ligne sinueuse qui tienne le thorax relevé et les genoux un peu fléchis, la chaise longue sera flanquée d'une petite table destinée à recevoir le crachoir et les menus objets du malade. Enveloppé de couvertures, le malade pourra lire, écrire, dessiner, peindre, jouer à des jeux peu absorbants, mais non pas converser ou discuter longuement ; à ce point de vue les visites d'amis ne seront que tolérées.

Pour peu que du sang soit craché et au moment des règles chez la femme, le repos doit être complet ; immobilité, silence.

Chez le tuberculeux pauvre, le repos absolu ne sera imposé, quelles qu'en soient les conséquences matérielles, que lors de fièvre, poussée congestive étendue, hémoptysie abondante. Mais si l'apyrexie existe, ou si la fièvre est accidentelle et insignifiante, on pourra permettre le travail, à la condition que ce travail n'exige point une dépense de force physique considérable ou un séjour dans une atmosphère viciée, et ne soit point exténuant par sa durée. Le changement de métier, d'occupations dans le même atelier, rendant le travail plus doux sont dans ce cas conseillés.

Chez le tuberculeux pauvre, qui peut limiter ses heures de travail, on exigera sans faiblesse l'emploi judicieux de ses heures de liberté : dix à douze heures de séjour au lit la nuit ; sieste prolongée aussi souvent que possible, dans la position allongée ; avant le repas, pour se préparer à un repas copieux, après le repas, afin de le digérer plus facilement en dehors du travail quotidien, pas de fatigues, ce qui veut dire suppression rigoureuse des promenades, relations, etc.

Hygiène générale. — En même temps que sont suivies d'aussi près que possible, les prescriptions fondamentales du traitement hygiénique, les soins d'hygiène générale ne sont point négligés. On recommandera spécialement la **friction sèche** au gant de crin ou la friction au gant de flanelle humecté d'un alcoolat, faite le matin au lever ; au besoin cette friction sera remplacée par une lotion à l'eau chaude vinaigrée ou salée. La **balnéation** hebdomadaire ne sera que rarement interdite, à 35°, de dix à quinze minutes de durée.

Au fur et à mesure que l'endurcissement au froid sera obtenu, les pratiques hydrothérapiques s'accentueront ; la douche même sera autorisée. Pour cela, rapidement, au saut du lit, le malade, au moyen d'une grosse éponge, se fera couler sur les épaules la valeur d'un seau d'eau chambrée. Et, sans s'essuyer, il se remettra dans son lit, enroulé d'une couverture de laine, et y restera environ une demi-heure, jusqu'à ce que la réaction soit terminée.

La question du vêtement sera résolue de la façon suivante : ports de vêtements légers et chauds, la flanelle par exemple comme chemise, la pèlerine comme manteau, les chaussons aux pieds, voire même les sabots. **On supprimera plastrons, cache-nez comme poussant inutilement à la sueur.** Comme **il n'est point, d'autre part, de contr'indications à tous soins de toilette**, le brossage et lavage minutieux des dents, l'antisepsie nasale seront particulièrement pratiqués, les objets de toilette ne devant servir qu'au seul malade.

En ce qui concerne l'hygiène morale, on cherchera à épargner au tuberculeux soucis et tourments. Il ne devra point ignorer la nature de son mal, il ne se soignera sérieusement et avec suite qu'à cette condition ; par contre, on fortifiera de toutes façons dans son esprit l'espoir de la guérison complète, la confiance en l'efficacité du traitement, et ce malgré tous incidents, toutes complications.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — Le traitement diétético-hygiénique du tuberculeux suffit, dans bien des cas pour, en même temps qu'il contribue à reconstituer les forces et la résistance du sujet, lutter et effacer les symptômes gênants, tels que la fièvre, la toux, les sueurs, l'anorexie; les vomissements. Toutefois, l'hygiène, quelle que soit son importance, est quelquefois impuissante, ou elle a besoin momentanément d'aide pour triompher de ces symptômes gênants. Le traitement médicamenteux intervient alors.

Fièvre. — Tout en combattant la fièvre, besoin est de respecter le repos et l'alimentation du tuberculeux, de supprimer les malaises (névralgies, céphalalgie) qui accompagnent l'élévation de température, tout en permettant le repas qui serait supprimé, de par l'heure à laquelle elle survient habituellement. Les médicaments antipyrétiques seront donc pris une heure avant le début ordinaire des malaises précurseurs de la fièvre, de préférence une heure avant le repas, ou deux heures après le repas.

La fièvre accidentelle est en effet justiciable des moyens hygiéniques ; ce n'est que si elle dure, malgré le repos complet, que les antipyrétiques pourront être adjoints ; les antipyrétiques seront donnés, et de façon prolongée, si malgré le repos et parfois malgré un état général satisfaisant, l'élévation thermique persiste.

On aura commencé par la **lotion froide** pratiquée deux fois par jour avec un linge mouillé et tordu, ou avec un linge imbibé d'alcool, d'eau-de-vie camphrée,

d'eau-de-vie thymolée pour les malades à réaction difficile. La fièvre persistant, on aura recours aux antipyrétiques vrais. Je m'en tiens pour ma part à la cryogénine, surtout à l'aspirine.

La **cryogénine**, à la dose de 25 centigr. en un cachet deux ou trois jours consécutifs, calme bien les malaises concomitants ou succédanés de la fièvre: l'**aspirine**, le meilleur des antipyrétiques chez les tuberculeux, pourra aussi être donnée à raison de 75 centigr. en un cachet suivi d'une demi-tasse de lait, mais elle devra être plus longtemps prolongée, s'adressant à une fièvre moins éphémère.

Cependant l'**antipyrine**, malgré ses inconvénients d'éruption scarlatiniforme, de sudations considérables, n'est point à dédaigner, non plus que la **lactophénine**, moins énergique, mais susceptible à raison de 0 gr. 60 à 3 grammes par jour de répondre à certains cas de fièvre modérée. L'**antifébrine**, par cachets de 0 gr. 25 cent., la **phénacétine**, par prise de 30 centigr., ont l'inconvénient d'amener des accidents cyanotiques; le **pyramidon**, à raison de 1 gramme à 2 grammes par jour, ne fait pas mieux que l'antipyrine et est passible des mêmes reproches, le **citrophène** non plus à raison de 0 gr. 50 par dose, non plus la **salipyrine** à raison de 0 gr. 75 jusqu'à deux et quatre fois par jour. Aussi, **le meilleur des antipyrétiques est celui dont on sait le mieux se servir.**

Toux. — La toux irritative est inutile. sans effet. ébranle les poumons, contribue à les congestionner. Ou bien elle survient après le grand repas et amène le vomissement, ou bien encore elle se présente par crises, à reprises coupées d'accès de suffocation, comme une coqueluche.

Toux irritative. — Parce qu'inutile, n'aboutissant pas à l'expulsion d'un crachat, le malade devra refréner cette toux réflexe. De même qu'on résiste au besoin de se gratter en public, **le tuberculeux résistera au besoin de tousser;** sa volonté seule peut y suffire; au besoin, une gorgée d'eau alcaline, une pilule d'opium, quelques cuillerées à café de sirop de **codéine** ou de sirop de tolu, permettront au début de discipliner ce réflexe.

Toutefois, cette gymnastique ne suffit pas toujours, et l'éducation de la toux ne manque pas parfois d'être difficile; la nuit en particulier, le malade se laisse aller à tousser : alors, une potion bromurée, deux pilules contenant chacune 1 centig.de **nacéine**, seront nécessaires jusqu'à ce que les habitudes aient été prises de résister à la toux même pendant le sommeil.

Toux émétisante. — Effet mécanique de la toux irritative, le vomissement, en plus de son caractère pénible, contribue à gêner l'alimentation du tuberculeux. Besoin est donc de combattre cette toux, dont le point de départ est bien souvent du reste l'hyperesthésie de l'estomac.

L'**eau chloroformée**, à raison d'une cuillerée, de dix en dix minutes, jusqu'à quatre après le repas, le **laudanum** par quatre à cinq gouttes à chaque repas, la **morphine** à raison d'une cuillerée à café d'une solution à un pour cinquante, une pilule de un centigramme de **morphine et cocaïne**, sont parfois efficaces. De même :

Alcool	ãã 5 grammes
Teinture d'iode	
Acide phénique pur. . .	

cinq à six gouttes au début du repas (Marfan)

Alcool rectifié	10 grammes
Menthol.	5 grammes.

cinq à six gouttes au début du repas.

Le **lavage de l'estomac** avec une solution très chaude de bicarbonate de soude, les **badigeons pharyngés** avec une solution à un pour vingt de cocaïne ou avec une solution concentrée de bromure de potassium aboutissent aussi à faire cesser cette toux gastrique. La **révulsion épigastrique** au moyen d'un tout petit vésicatoire, de quelques pointes de feu, d'un stypage de chlorure de méthyle, est parfois suffisante; de même aussi tout simplement la prise, après le repas, d'un petit verre de liqueur. Parmi tous ces moyens, il s'en trouvera bien un qui réussit, si beaucoup échouent. La discipline de la toux ne devra du reste pas être négligée, non plus que l'hygiène alimentaire. Le **gavage** a du reste été recommandé dans ces cas.

Toux coqueluchoïde. — Symptomatique d'une adénopathie trachéobronchique concomitante, cette toux ne peut être calmée que par des agents modérateurs réflexes, tels que le **bromoforme**, la **belladone**. On prescrira par exemple :

Bromoforme.	1 gr. 20
Huile d'amandes douces . . .	15 grammes
Gomme arabique pulvérisée.	10 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 grammes
Eau de laurier cerise.	15 grammes
Eau	50 grammes

Chaque cueillerée à café contient 0 gr. 05 de bromoforme; une cueillerée à café par année d'âge pour les enfants; de cinq à six cuillerées à potage par jour pour les adultes.

Comme dans la coqueluche, la potion suivante fera bien :

Teinture de belladone. .	XXX gouttes
Teinture de drosera . . .	LX gouttes
Sirop de fleurs d'oranger	ãã 25 grammes
Sirop de codéine.	
Sirop de tolu	100 grammes

trois cueillerées à potage dans la journée.

Sueurs. — Indicatrices de la fin de l'accès de fièvre, les sueurs nocturnes peuvent être très abondantes, bien

que la fièvre ait été fort légère. Le traitement hygiénique suffit dans ce cas bien souvent pour, faisant d'une pierre deux coups, prévenir le retour de la fièvre et celui des sueurs.

Succédant à des efforts prolongés de toux, la sueur n'est pas moins pénible ; calmer la toux contribuera alors à réfréner la sudation. Néanmoins, des cas se présentent où leur régularité et leur abondance exigent une intervention médicamenteuse directe. On essaiera d'abord des frictions générales faites le soir au coucher ou des **lotions froides vinaigrées**. Puis, si l'on ne réussit point à les enrayer, on prescrira des hypnotiques qui ont la propriété d'être aussi des anhydrotiques, le **sulfonal**, à la dose d'un gramme, une heure avant le sommeil, ou le **véronal**, à la dose de 50 centigrammes. Il sera bien rare de ne pas réussir avec l'un ou l'autre de ces moyens.

Anorexie. — Le manque d'appétit, qui est un gros obstacle à l'alimentation des tuberculeux, mérite tous les soins du médecin traitant. Cette anorexie peut être due à la surcharge alimentaire, à telle intervention médicamenteuse dirigée contre tel symptôme, en particulier contre la toux. Aussi, dès que des signes d'embarras gastrique accompagnent l'anorexie, la suralimentation sera suspendue immédiatement pour plusieurs jours, et le **lait** et les **repas légers** se substitueront aux régimes carné et gras ; en même temps, la médication suspectée sera suspendue et remplacée par des moyens physiques aboutissant au même résultat.

L'appétit est-il simplement paresseux, languissant, une légère stimulation peut le réveiller. Cette tentative doit être faite avec la **persodine**, l'**orexine**. Prescrivez pour huit jours :

Persulfate de soude . . .	2 grammes
Eau distillée.	300 grammes

une cuillerée à potage une heure avant chacun des deux principaux repas.

ou bien

Orexine . . . . }	ãã 3 grammes
Extrait de menyanthe ou de gentiane . }	

pour trente pilules : deux pilules avant chaque repas.

S'il y a atonie gastrique, ballonnement du ventre, quelques cinq gouttes de teinture de **noix vomique**, une demi-heure avant le repas dans une petite tasse d'infusion de quassia seront conseillés pendant quelques jours seulement. Si des régurgitations du repas précédent se produisent ou des renvois inodores, un cachet de **pepsine** au début du repas et une cuillerée de la solution au centième d'**acide chlorhydrique** à la fin du repas pendant une dizaine de jours seront de mise. On pourra même combiner ces deux moyens en ordonnant :

Pepsine . . . . }	ãã 5 grammes
Pancréatine . . . . }	

pour vingt cachets

Solution	Acide chlorhydrique.	2 grammes
	Teinture de noix vomique.	2 grammes
	Eau distillée	300 grammes

Les renvois nidoreux appellent les antiseptiques gastriques pour quelques jours, par exemple :

Magnésie	2 gr. 50
Poudre de charbon	5 grammes
Teinture de badiane	XX gouttes

pour dix cachets, un au milieu du repas.

ou encore un **lavage de l'estomac**, ou encore un petit verre d'eau de Carlsbad artificielle (deux grammes de **sulfate de soude** dans soixante à cent grammes d'eau) le matin à jeun.

Quant l'intestin se met de la partie, que les selles sont fétides et presque diarrhéiques, l'antisepsie intestinale et gastrique doit être réalisée : un **purgatif salin** léger, mais répété plusieurs fois à deux jours d'intervalle, 15 à 20 grammes de sulfate de magnésie, un verre de Carabana, d'Apenta ou de toute autre source purgative, doit d'abord être tenté, et cette chasse des toxines est souvent suffisante, en tout cas préférable aux naphtol, betol, etc.

Les vomissements consécutifs à la toux seront traités comme il a été dit précédemment. S'ils font partie du cortège des troubles gastriques, la diète lactée, les liquides froids, la potion de Rivière au besoin, seront prescrits jusqu'à cessation définitive.

TRAITEMENT DES ACCIDENTS LES PLUS FRÉQUENTS. — Au cours de la période de germination, on doit craindre pour le tuberculeux l'hémoptysie et la congestion. Leur traitement nécessite des décisions thérapeutiques spéciales.

Hémoptysie. — Consécutivement à un exercice violent, à un effort de défécation, à la chaleur exagérée, à une émotion même, ou subitement survient un malaise ; le malade éprouve au larynx une titillation prolongée, à la suite de laquelle il tousse, et du sang apparaît abondant, rouge clair, spumeux et liquide, ou teintant seulement la salive et le mucus en rouge. Cette expectoration sanglante cessera ou bien se répétera plusieurs jours consécutifs ; en tous cas, de petits caillots de sang noir seront, plusieurs jours après, encore mélangés au mucus. Pendant le même espace de temps, des râles sous-crépitants seront entendus au foyer de l'hémorrhagie.

Accident fréquent, puisque les deux tiers des tuberculeux en ont, les femmes surtout et au moment de leurs règles, l'hémoptysie peut être révélateur de la tuberculose ou émailler la période de germination, marchant de pair alors avec les poussées congestives. Il est dû à

l'hyperhémie bronchique périfolliculaire, à la friabilité des vaisseaux de nouvelle formation et à l'augmentation de la tension par l'oblitération des artères terminales ; dès qu'un thrombus se forme, l'hémorrhagie cesse.

Souvent redoutable par son abondance, sans influence parfois, rarement salutaire cependant, « **l'hémoptysie fait le désespoir et la confusion de la thérapeutique** » (Pidoux), mais elle doit être traitée quand même, à raison de l'anémie proportionnelle à la perte de sang qu'elle cause, par crainte aussi de récidives prochaines. On vient à bout cependant du plus grand nombre des hémoptysies de la première période.

Première hémoptysie fébrile, faiblement abondante. — Dans ce cas, c'est déjà un remède que la présence du médecin ; il devra prolonger sa présence jusqu'à ce que le calme soit revenu dans l'entourage.

L'**immobilité** dans un lit, la tête haute et soulevée par des oreillers, en position commode pour respirer et expectorer, le **silence** le plus complet, sont d'absolue nécessité ; pas de visites, pas de travail intellectuel. Le malade n'évitera de tousser que si la toux est par trop fréquente et fatigante ; dans ce cas, un demi-centigramme de **morphine** suffit à la calmer.

En même temps, révulsion et dérivation seront mises en œuvre : les **sinapismes** seront appliqués d'urgence sur le thorax au point soupçonné et répétés huit ou dix heures plus tard, ou bien des **ventouses** seront posées matin et soir et même plus fréquemment, soit en avant soit en arrière ; ou bien encore un sachet de **glace** placé à demeure et séparé de la peau par une compresse ; un purgatif drastique sera pris le même jour, par exemple :

Eau-de-vie allemande . . .	10 grammes
Sirop de nerpruns	10 grammes
Limonade citrique	100 grammes

ou bien une pilule de Bontius.

Enfin l'un des antipyrétiques déjà désignés viendra contribuer, en abaissant la fièvre, à combattre l'hémoptysie. En résumé, thérapeutique active, décisions immédiates.

Il est des médicaments, malheureusement trop connus du public bien que d'utilité très contestable, pour que vous oubliiez de les employer : l'**ergotine** est de ce nombre. Vous injecterez sans confiance et pour acquit de conscience un centimètre cube de l'extrait glycériné Yvon ou III gouttes de l'ergotinine Tanret, ou bien vous prescrirez la potion :

Ergotine . . . . }	āā 2 grammes
Extrait ratanhia . . . . }	
Infusion sucrée de roses rouges	150 grammes

par cuillerée à potage d'heure en heure.

moins que vous ne préfériez les pilules :

Ergot de seigle . . . . }	
Poudre de feuilles de digitale . . . . }	āā 10 centigr.
Sulfate de quinine . . . . }	

pour une pilule. Prendre quatre pilules par jour.

De même, si l'on propose autour de vous quelqu'une de ces vénérables drogues, réputées hémostatiques, telles que l'eau de Rabel, le perchlorure de fer, l'eau de Pagliari, l'eau de Tisserand, vous les subirez sans protester, parce qu'inoffensives. Enfin, pour faire comme tout le monde, vous recommanderez de boire froid, mais pas à la glace.

Il y a danger pour le malade à précipiter son rétablissement, à le bourrer de viande, par exemple, sous couleur de le remonter. Son alimentation liquide, lait et œufs, le restera quelques jours ; la constipation sera surveillée. Relever rapidement la tension artérielle, c'est préparer une hémoptysie nouvelle.

Hémoptysie abondante apyrétique. — Deux ou trois tasses de sang ont été crachées, il y a menace de syncope, la toux est fréquente, la poitrine est encombrée de râles. Une cause accidentelle, érosion d'une veine par exemple, a déterminé cette hémoptysie.

L'abondance de l'hémoptysie exige des moyens vigoureux pour une rapide oblitération du vaisseau ouvert. Malgré les menaces de syncope, tenir le malade la tête élevée, les jambes pendantes ; injecter d'urgence un centimètre cube de la solution de **morphine**.

Chlorhydrate de morphine	10 centigr.
Sulfate d'atropine	1 centigr.
Eau distillée.	10 grammes

et quelques gouttes d'**ergotinine** Tanret, voilà ce qu'il faut faire d'urgence, et répéter par deux autres fois dans la journée. Durant la demi-heure de vasoconstriction que donnera l'ergotinine, le caillot aura le temps de se former ; de plusieurs heures, grâce à la morphine, le malade ne toussera pas et ne risquera pas de détacher le caillot. La pression pulmonaire est diminuée en même temps que se produit une vasodilatation périphérique. La **stypticine**, ou chlorhydrate de cotarnine, l'un des alcaloïdes de l'opium, agirait avec la même efficacité, à la dose de 2 centigrammes par lentille prise par la bouche. On complètera l'effet de ces moyens importants en appliquant de la **glace** sur la poitrine, sur le rachis, sur la région cardiaque, ou bien en pulvérisant de l'**éther** sur la poitrine.

La syncope menaçante survient-elle, vous jetez une poignée de sel de cuisine ou une cuillerée de vinaigre dans un verre d'eau et essayez de le faire avaler au malade ; si la syncope dure, vous donnez un gramme de **chloral** en lavement, ou bien vous appliquez sur la peau recouverte d'une serviette une compresse imbibée de quelques cuillerées de **chloroforme**.

Hémoptysie prolongée. — Cette même hémoptysie se prolonge, a l'air de se répéter le lendemain ; en même temps elle devient fébrile, parce que le sang épanché a agi comme corps étranger, ensemencé le poumon au voisinage.

Quelque paradoxal que cela puisse paraître, le vomitif est ici de mise. L'état nauséeux, que détermine l'ipéca, abaisse par réflexe la tension dans la circulation pulmonaire. Comme Jaccoud, on donnera tous les quarts d'heure dix centigrammes d'**ipéca** dans une cuillerée d'eau tiède, et on s'efforcera, dès que l'état nauséeux sera obtenu, de l'entretenir ; on voit par ce seul moyen l'hémoptysie s'arrêter très rapidement. La **poudre de Dower,** quand on ne veut pas prononcer le nom d'ipéca, est tout aussi efficace, avec de la sudation en plus, mais chaque paquet sera de 0 gr. 25. Les **antimoniaux** pourraient aussi être employés dans le même but : le tartre stibé, suivant la formule

Tartre stibé	0 gr. 10
Julep gommeux	180 grammes

une cuillerée à potage toutes les deux heures durant deux jours

a l'inconvénient de provoquer la diarrhée, de conduire d'autre part au collapsus cardiaque, le kermès ; de même aux doses de 0 gr. 50 par jour, auxquelles il peut être efficace.

Il est vrai que la syncope n'est pas tellement à craindre puisqu'elle favorise la formation du caillot. Néanmoins lorsque la syncope se répète, en plus des moyens déjà indiqués, il convient de songer à la **ligature des membres**, que l'on pratique en nouant serré des mouchoirs le plus près possible de la racine des bras et des cuisses ou bien en appliquant une bande de caoutchouc; au bout de dix minutes, quand la circulation et la respiration ont repris, on rend lentement à la circulation un membre, puis un autre, puis le troisième, puis le quatrième. Cette constriction, qui empêche le retour du sang veineux, diminue la tension dans la petite circulation. Son effet est presque instantané.

Un moyen, peu employé, parce que peu connu, et bien efficace pourtant, préférable aussi à l'ipéca, consiste à faire inhaler au malade deux et trois fois par jour deux gouttes de **nitrite d'amyle;** d'action rapide, d'application facile, d'innocuité relative, on n'a qu'à se louer de son usage.

Poussées congestives. — La poussée congestive s'accompagne toujours de fièvre, parfois de crachements de sang. La fièvre est caractérisée par une élévation thermique d'1°5 au moins avec un pouls vif et accéléré, n'est pas précédée de frisson, mais bien d'un malaise général et au bout de quelques heures se termine par une sudation abondante ; la langue reste nette et humide, l'appétit conservé. Des râles sous-crépitants fins s'entendent loin du point primitivement atteint, masquant même les signes d'auscultation préexistants. La gêne respiratoire, la douleur à la pression en ces points font partie du cortège dénonciateur de ces poussées. Le crachement de sang fébrile traduit donc une poussée congestive.

Le traitement de l'hémoptysie fébrile s'applique à la poussée congestive : immobilité, silence, cessation de toute médication antituberculeuse, dérivation, révulsion, tels sont les termes de ce traitement, avec des tempéraments toutefois en ce qui concerne la dérivation et la révulsion.

Le temps nécessaire pour faire tomber cette congestion, pour obtenir l'apyrexie est d'environ un mois.

La dérivation et la révulsion seront proportionnées à l'importance de la poussée congestive : les **sinapismes** laissés en place jusqu'à ce que se manifeste une sensation désagréable et répétés matin et soir plusieurs jours, s'adresse à la congestion la plus superficielle, la moins étendue ; les **pointes de feu,** en grand nombre mais peu profondes, de manière à pouvoir être renouvelées dans la huitaine, s'adressent à une congestion plus tenace, il ne faut pas oublier que la réaction locale consécutive à ces pointes de feu peut s'accompagner d'une excitation nerveuse voisine de la fièvre et en imposer pour sa recrudescence. Même de dimension restreinte, comme la mouche de Milan, **le vésicatoire n'a aucun avantage sur les moyens précédents;** je lui préférerai encore le stypage avec le **chlorure de méthyle.** Il ne faut parler que pour les **considérer comme toujours insuffisants**, à moins qu'ils ne s'adressent à des peaux très fines et très sensibles, **la teinture d'iode et les cotons au capsicum** dont on abuse tant ; les **ventouses sèches** fréquemment répétées, les **compresses chaudes** seront au contraire plus efficaces bien que rentrant dans la catégorie des tout petits moyens contre les toutes petites poussées congestives.

Les médicaments vaso-constricteurs sont de nul effet sur ces congestions, l'ergot de seigle aussi bien que le sulfate de quinine. La cessation de toutes infractions à l'hygiène et le retour aux principes de cure ci-dessus décrits accélère la disparition de ces poussées congestives bien mieux que toute intervention médicamenteuse : les antipyrétiques seuls méritent crédit.

Quand cette congestion se généralise et affecte la forme de pneumonie caséeuse limitée, le traitement par les vomitifs, la **tartre stibié** en particulier, est suivie de résultats, amenant la chute de la fièvre, la décongestion. Le problème reste plutôt alors d'alimenter le malade : le **lait** seul peut être prescrit, et encore administré à distance des prises de tartre stibié, qui entretiennent les nausées si favorables à la décongestion. (*A suivre*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les médecins de l'assistance médicale gratuite.

La loi du 15 juillet 1893 a laissé pleins pouvoirs aux conseils généraux pour organiser le service de l'assistance médicale gratuite, en tenant compte des habitudes et des préférences locales. C'est aux conseils généraux notamment qu'il appartient de déterminer dans les règlements départementaux les règles relatives au choix des médecins.

Ces assemblées se sont partagées entre deux systèmes.

Le premier consiste à faire désigner par le préfet pour chaque circonscription un médecin auquel les malades assistés doivent obligatoirement s'adresser.

Le second fait participer au service de l'assistance tous les médecins qui acceptent les conditions de fonctionnement du service. Il a le grand avantage de permettre aux malades pauvres de choisir, comme les malades les plus fortunés, le praticien qui leur convient.

Le Conseil général de la Lozère a adopté ce second système et il a voté un règlement, en stipulant que les médecins qui voudraient prêter leur concours au service de l'assistance médicale gratuite n'auraient qu'à y adhérer, cette adhésion impliquant, pour celui d'entre eux qui serait le plus rapproché du domicile d'un malade, l'obligation de se rendre à son appel.

Le texte contient un article 11, portant que tout médecin qui refuserait son concours sans motif légitime ou qui ne se conformerait pas au règlement, pourrait être exclu du service par décision motivée du préfet.

Les médecins de l'assistance ne sont donc pas des fonctionnaires, et leur exclusion éventuelle est limitée à des cas très déterminés.

Or, il advint que le docteur V..., médecin à Saint-Chély-d'Apcher, qui avait adhéré au règlement, fut appelé par un malade domicilié dans un autre canton. Ayant constaté que ce malade avait besoin d'être opéré d'urgence, et dans le but, dit-il, d'éviter au service les frais de visites réitérées et lointaines, il le fit entrer à l'hôpital de Saint-Chély, où il l'opéra et lui fit plusieurs pansements. Puis, quand le malade fut guéri, le docteur V... envoya à l'administration un mémoire de 23 fr. 50 pour l'opération et huit visites.

L'administration prétendit qu'il n'y avait eu que cinq visites, ce qui faisait une différence de 4 francs et la politique s'en mêlant, le docteur V..., qui paraît avoir été en mauvais termes avec la préfecture, fut l'objet, le 5 mars 1904, d'une mesure d'exclusion. Le préfet prit un arrêté lui interdisant, à titre d'avertissement, pendant toute l'année 1904, de soigner, pour le compte de l'assistance médicale, les assistés du canton où s'était produite la réclamation. Puis, à la suite d'une violente polémique de presse, il prit, le 21 mai suivant, un nouvel arrêté excluant jusqu'à nouvel ordre le docteur V..., sur tout le territoire du département, du service de l'assistance.

Cet arrêté du 21 mai 1904 était motivé par la polémique à laquelle s'était livré le docteur V..., et portait que dans ces conditions, il n'était pas possible de continuer avec lui des rapports administratifs.

Le docteur V... a alors saisi le Conseil d'Etat et lui a déféré l'arrêté préfectoral.

La haute juridiction vient de lui donner raison. Elle a estimé en effet que la mesure attaquée avait été prise en dehors des cas d'exclusion limitativement prévus ral.

En conséquence, l'arrêté préfectoral a été annulé.

***

La chambre syndicale des marchands de vins contre la ligue antialcoolique. — La ligue antialcoolique ayant fait distribuer et coller de petits placards jusque sur la devanture des débits de boisson, certains marchands de vins et la chambre syndicale commencèrent des poursuites.

Le procédé pouvait en effet paraître abusif.

La première Chambre du Tribunal de la Seine reconnut en principe ce bien fondé de la réclamation de la chambre syndicale, mais, sans allouer les dommages-intérêts demandés, elle se contenta de condamner la ligue antialcoolique aux dépens.

Celle-ci fit appel, mais la première Chambre de la Cour de Paris a simplement confirmé la décision des premiers juges.

***

L'exercice illegal de la médecine.

Le décor: Un appartement richement meublé, dans une belle maison en province; sur les confortables fauteuils d'un salon d'attente, des clients et des clientes, en grand nombre... Dans la pièce voisine, un cabinet sévère, aux boiseries sombres, aux lourdes tentures vertes; les personnages: le père, un grand vieillard au front haut, au visage ascétique, à la physionomie grave; la fille — vingt ans — une charmante enfant, douée de toutes les grâces de son âge; le docteur, un tout jeune médecin, frais émoulu de l'Ecole, un peu famélique; un patient, quelconque.

Par les soins de son père, la jeune fille est endormie du sommeil hypnotique, et parle... D'une voix blanche, elle révèle au patient sa maladie, et comment il devra la soigner. Le patient boit ses paroles. Le docteur les enregistre, rédige une ordonnance... Et le Parquet de Saint-Quentin instruit l'affaire.

Exercice illégal doublé d'escroquerie, dit le Parquet de Saint-Quentin. Assisté d'un médecin légiste, le juge d'instruction procède à des expériences sur la sincérité de l'hypnose, et sur la faculté de double vue du sujet: expériences destinées à demeurer stériles, l'expert ayant jugé de sa dignité de les arrêter au seuil de l'hôpital, où la voyante s'offrait à diagnostiquer les maladies des gens, et à indiquer les remèdes propres à les guérir.

De tout temps, de nombreuses espèces, sinon identiques, du moins analogues à celles-ci, ont été déférées aux Tribunaux, généralement par des médecins mécontents de la concurrence qui leur est ainsi faite.

Leur état d'âme s'explique à merveille. Les médecins sont, à l'heure actuelle, presque aussi nombreux que les malades. Ils ont conquis leurs diplômes au prix de lourds sacrifices. Ils ont eu des débuts pénibles, et ces débuts se prolongent plus que de raison. La clientèle est rare. Par contre, elle paie mal. Et voici que des théories de malades assiègent les demeures des charlatans, se disputent l'honneur d'être soignés par eux, et les couvrent d'or... — Cela au plus grand dam de la santé publique! — affirment les médecins pour étayer leurs revendications d'une préoccupation humanitaire. — Et au nôtre !... ne manquent-ils pas de penser.

Or, la sanction de l'exercice illégal de la médecine, sans circonstances aggravantes, réside exclusivement

dans l'application de l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI, qui punit le contrevenant — car, bien que les Tribunaux correctionnels soient seuls compétents pour statuer, il ne s'agit là que d'une simple contravention — d'une amende envers les hospices; et à moins que le coupable n'ait pris le titre de docteur, cette amende est naturellement la moins forte édictée par le Code pénal, celle de simple police. Répression insuffisante s'il en fût!

Vainement appellerait-on à la rescousse, dans le but de protéger les malades... et les médecins, l'article 479 du Code pénal, relatif aux gens qui font métier de deviner et pronostiquer, ou d'expliquer les songes, pour en châtier les magnétiseurs: l'amende de onze à quinze francs qu'il édicte ne sera jamais de nature à décourager personne... Et plus vainement encore songerait-on à invoquer les terribles rigueurs de l'article 405, dont l'application ne va pas sans le concours de manœuvres frauduleuses nettement caractérisées... Si les magnétiseurs, en effet, font payer leurs services, c'est le plus souvent de la meilleure grâce du monde que les clients se laissent tirer, en même temps que leur horoscope, quelques louis de leur bourse; et ce ne sont pas les malades qui se plaignent d'être écorchés... ce sont les médecins!

Les Tribunaux sont donc impuissants à protéger ces derniers. La loi de ventôse an XI ne déchaînera jamais, contre ceux qui leur portent ombrage, que de bénignes tempêtes, tout à fait inoffensives; et l'humanité — surtout la pauvre humanité souffrante — demeurera éternellement hantée du besoin de surnaturel et de merveilleux qui semble nécessaire au soulagement de ses maux.

A-t-on jamais empêché le fameux Jacob, ancien trombone aux zouaves de la garde, qui vit défiler sous sa tente, au camp de Châlons, aux environs de 1868, des milliers de malades et d'éclopés qu'il renvoya guéris, de continuer à exercer sa coupable industrie? De Montrouge à Ménilmontant, en passant par l'Arc de Triomphe, il donna sans interruption ses séances pendant plus de trente ans, inventeur d'une religion, celle des « Esprits aux fluides blancs » dont les « Théurges-guérisseurs » étaient les grands-prêtres... Et la seconde fois qu'il comparut devant la justice de son pays, comme le Président lui rappelait, avec quelque sévérité, sa précédente condamnation, Jacob lui répondit textuellement, avec une bonhomie charmante:

— « Ah ! oui, ma condamnation... Mais les cinq parties du monde en ont ri !... Voyons, mon Président, supposez que vous vous promenez sur le boulevard. Vous rencontrez un de vos amis. Vous lui dites: Comment ça va, mon vieux?... Il vous répond: Ah! pas bien: la tête lourde, l'estomac délabré, les jambes molles... Alors, vous lui prenez la main, vous le regardez dans les yeux, et vous lui dites: Eh bien! va, mon ami, tu es guéri. Il s'en va, et il est guéri... ou il le croit, ce qui revient exactement au même... Croyez-vous qu'on puisse vous déférer aux Tribunaux pour avoir exercé la médecine?... Eh bien! moi, mon Président, je ne fais pas autre chose ! »

Ayant médité ces mémorables paroles, je me suis pris à douter de tout, des sorciers, des magnétiseurs, des zouaves guérisseurs, des médecins eux-mêmes, et surtout de l'efficacité de la loi de ventôse an XI !

(*Gazette du Palais*, janvier 1906.)

Communication de la syphilis par rapports sexuels. — Responsabilité civile.

Dans l'*Echo Médical du Nord*, 1905, IX, 392, nous avons rapporté un jugement du tribunal civil du Havre, en date du 6 mars 1905, qui, admettant en principe que la transmission d'une maladie vénérienne peut donner ouverture à une action en dommages-intérêts au profit du contaminé, subordonnait le succès de cette action à la preuve que le contaminant se savait ou pouvait se croire, à l'époque de la contamination, susceptible de communiquer sa maladie. En conséquence, sur l'espèce qui lui était soumise, le tribunal du Havre, avant de statuer au fond, ordonnait une enquête à l'effet d'établir que « antérieurement ou à une date contemporaine à l'époque où les premiers symptômes de la contamination avaient apparu sur sa propre personne, l'amant, soit par des confidences, déclarations, démarches, soit autrement, se savait ou pouvait se croire en état de transmettre la contagion » à sa maîtresse.

Appel de ce jugement avait été aussi relevé devant la Cour d'appel de Rouen qui, par arrêt du 25 novembre 1905, crut devoir le réformer.

La Cour: — Attendu que, par suite tant de l'appel principal de F... que de l'appel incident de la dame P..., recevables l'un et l'autre en la forme, il échet pour la Cour de rechercher si, dès à présent, et sans qu'il soit besoin de recourir à l'enquête ordonnée par les premiers juges, la dame P... rapporta la preuve qui lui incombe comme demanderesse que la contamination sur laquelle elle base son action en dommages-intérêts a bien réellement existé et qu'elle est imputable à la faute, négligence ou imprudence de F...;

Attendu que c'est par une juste appréciation des faits et documents de la cause, spécialement de la correspondance produite par la demanderesse et par des motifs que la cour s'approprie, que les premiers juges ont admis comme dès à présent suffisamment établi que la dame P... a bien réellement été atteinte de la syphilis et que cette maladie lui a été transmise par le fait de F...;

Attendu, en outre, que la preuve de la faute ou de l'imprudence de F... ressort clairement de la correspondance qui révèle d'une façon certaine que, antérieurement aux premières manifestations de la maladie sur la personne de la dame P... avec laquelle il n'avait pas interrompu ses relations intimes, il avait lui-même éprouvé des accidents dont la nature, avec l'expérience qu'il devait avoir, ne pouvait laisser aucun doute dans son esprit;

Attendu que, le 23 mars 1899, il écrivait à la dame P...: « J'ai constaté dans ta lettre que je reçois ce matin que tu avais un grand ennui de ton état de santé; il ne faut pas, ma mignonne, te tourmenter à un point extrême... Tu m'as vu moi-même très malade et très malheureux..., les soins assidus que je me suis donnés m'ont remis un peu sur pied...; en agissant de même, c'est-à-dire en te soignant bien, il n'y a pas de motif pour ne pas te rétablir promptement »; que, le 28 juillet suivant, il lui écrivait encore: « Le petit bobo

que j'ai à la place que tu connais est la même chose que ce que j'ai eu il y a quelques mois, mais le traitement est plus violent »;

Attendu qu'enfin, dans cette même lettre, il reconnait lui-même que c'est bien par sa faute qu'il lui a communiqué la maladie dont il se savait atteint; qu'il lui dit, en effet: « Si tu es malade par ma faute, j'en ai un profond chagrin, je veux compenser tes maux par mon dévouement et tous les sacrifices que tu exigeras de moi »; que cette phrase ainsi libellée n'a rien de dubitatif et exprime la reconnaissance formelle par F... qu'il est bien responsable de la contamination dont la dame P... a été victime par sa faute, ainsi d'ailleurs que le démontrent les faits de la cause;

Attendu qu'il est dès lors sans objet de recourir à l'enquête ordonnée à tort par les premiers juges;

Attendu que la Cour trouve dans les documents de la cause des éléments suffisants d'appréciation pour déterminer l'importance du préjudice réellement souffert par la dame P..., et dont elle sera suffisamment indemnisée par l'allocation d'une somme de 12.000 francs;

Par ces motifs, et adoptant au surplus ceux des premiers juges en ce qu'ils ne sont pas contraires au présent arrêt; — Reçoit F... en son appel principal et la dame P... en son appel incident; joint lesdits appels et statuant sur le tout; — Corrigeant et réformant: — Condamne le sieur F... à payer à la dame P... la somme de 12.000 francs à titre de dommages-intérêts; — Le condamne en outre à l'amende et en tous les dépens de première instance et d'appel.

On remarquera que, si la Cour de Rouen a réformé le jugement du tribunal du Havre, ce n'est nullement qu'elle répudiât les principes juridiques sur la responsabilité civile formulés par le tribunal, mais uniquement parce que, au contraire du tribunal qui avait ordonné une enquête pour s'éclairer sur le point de savoir si ces principes étaient ou non applicables en l'espèce, la Cour a considéré que la question d'applicabilité n'était pas douteuse et qu'une enquête était inutile.

J. J.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Constipation de longue durée

Grey, dans le *Brit. méd.*, rapporte le cas d'un garçon de 13 ans qui, depuis l'âge de 3 ans, eut des évacuations alvines toutes les 3 à 6 semaines, sans en souffrir autrement. Il eut de temps à autre des coliques, des vomissements, de la céphalée. Cependant, physiquement et intellectuellement, il était arriéré. Par l'emploi de suppositoires de morphine et par des lavements d'huile on arriva à lui faire évacuer, en 9 jours, 30 litres de matières, le 1/3 de son poids corporel. Avec une diète appropriée, du massage et de la gymnastique, il eut des selles régulières et fit de rapides progrès psychiques et physiques.

(*Progrès méd.*).

Calcul vésical préhistorique

Le professeur Eliot SMITH a présenté à la Société pathologique de Londres un calcul vésical qu'il a trouvé dans le cimetière préhistorique de El-Amrah, dans la Haute-Egypte, entre les os du bassin d'un squelette qu'on estime être celui d'un garçon de 16 ans.

Ce calcul est formé d'acide urique et de phosphates. On voit sur une coupe la disposition en colonnes des cristaux jaunes ; mais il n'y a pas d'oxalate de chaux.

Il n'y a pas d'indications suffisantes pour attribuer ce calcul à la bilharzia, dont l'existence à cette époque reculée n'est pas démontrée.

Le professeur SMITH estime que l'âge de ce calcul est d'au moins 7.000 ans.

Le docteur SHATTOCK a eu l'occasion d'examiner un calcul analogue provenant d'une tombe de la seconde dynastie. Ce calcul renfermait des coccidies, d'aspect si naturel et si bien conservé qu'on fit un essai de culture, lequel d'ailleurs resta infructueux. (*Journal d'accouchements*).

La note du docteur Browning

C'est le docteur BROWNING, de Philadelphie, qui certainement a, en l'an de grâce 1905, le record de la note d'honoraires, d'après l'exposé suivant fait par le *Bulletin général de Thérapeutique*.

Une note d'honoraires s'élevant à 190,000 dollars, soit 950,000 francs, voilà qui est à faire rêver les modestes praticiens. Elle a été adressée par le docteur BROWNING (de Philadelphie) aux héritiers du sénateur MAGEE (de Pittsburg), « pour soins donnés au défunt pendant sa dernière maladie. » Il faut dire que le médecin a soigné pendant vingt et un mois son malade et qu'il l'a accompagné dans plusieurs déplacements. Un voyage à Atlantic City est compté 17.000 dollars ; un autre à Hot Springs, en Virginie, 12,000 dollars. Quant aux visites, elles sont estimées 40 dollars (200 francs) l'heure pendant le jour et 80 dollars l'heure, pendant la nuit.

Inutile de dire que les héritiers trouvent la note salée et protestent. (*Journal d'accouchements*).

Une Statistique allemande

L'*Annuaire de statistique de l'empire allemand* publie quelques chiffres fort intéressants sur la mortalité des nourrissons dans les principaux pays d'Europe. Ces chiffres montrent que sur 100 décès généraux, il meurt :

En Saxe 42 enfants de moins d'un an, en Bavière 38, dans l'empire allemand 34.5, en Prusse 33.9, en Autriche 31.8, en Hollande 27.4, en Italie 25.8, au Luxembourg 25.3, en Finlande 22.8, en Danemark 22.7, en Suisse 22, aux Etats-Unis 19.2, en Suède 17.4, en France 15.

En comptant sur 100 naissances, le nombre d'enfants qui atteignent leur première année, on arrive à des résultats un

peu moins brillants pour la France, mais aussi moins sujets à discussion.

Sur 100 naissances, atteignent leur première année :

En Bavière 75 enfants, en Saxe 75.3, en Wurtemberg 77.8, en Autriche 79.1, dans l'empire allemand 79.6, en Prusse 80.6.

Comment calculer la date precise de l'accouchement ?

La durée de la grossesse a été assez diversement fixée par les auteurs. MATHEW DUNCAN la fixe à 278 jours ; OLDFELD, à 281,6 ; LOWENHARDT, à 279,8 ; HASSLER, à 280 ; MONTGOMERY, à 276 ; soit une moyenne de 278,3.

Comme moyen de calcul, NŒGELÉ indique le suivant : la date du début de la dernière période menstruelle étant prise comme terme fixe, on remonte trois mois en arrière, et on ajoute sept jours ; l'accouchement aura lieu à un an de la date obtenue.

En suivant cette règle, M. CAIE a fait le relevé de 200 grossesses. Dans 53,7 p. 100 des cas, le travail a débuté en moyenne 3,4 jours avant la date présumée ; dans 24,5 p. 100, 1,8 jour après la date présumée ; 16 fois sur 100 seulement la date prévue était exacte.

La méthode de LOWENHARDT consiste à compter le nombre de jours écoulés entre la dernière période menstruelle et celle qui la précède immédiatement, et à multiplier ce nombre par 10.

Sur 50 cas calculés d'après cette méthode, la délivrance s'est faite à l'époque prévue avec une différence seulement de 1,6 jour. (*Méd. méd.*)

Pour se passer de médecin

Si vous avez besoin de médecin, disait l'Ecole de Salerne, il y en a trois qui ne vous tromperont pas : la diète, l'exercice, un esprit gai et tranquille.

La grande maxime de GALIEN était de sortir de table avec un reste d'appétit.

BOERHAAVE disait : « Tenez-vous la tête fraîche, les pieds chauds, le ventre libre et moquez-vous des médecins. »

« Je laisse trois grands médecins après moi, déclarait DUMOULIN : l'eau, l'exercice et la diète. »

Le mariage aux îles Philippines.

Les Américains, qui se distinguent souvent par la singularité apportée dans la célébration du mariage, ont trouvé plus originaux qu'eux-mêmes, chez leurs nouveaux sujets des Philippines, les Négritos de l'île Mindanao

Quand deux naturels de l'intérieur de cette île veulent convoler en justes noces, leurs parents et amis se mettent à la recherche de deux jeunes palmiers bien droits et à écorce lisse, de même taille et suffisamment rapprochés l'un de l'autre. Lorsqu'ils ont trouvé ce qu'ils désirent, ils font part de leur découverte aux fiancés, lesquels, au jour fixé pour le mariage, se rendent, suivis d'un cortège de noce, au pied des deux arbres.

Au signal donné par un des assistants qui remplit, dans cette occasion, le rôle de l'adjoint chargé des mariages, l'époux et l'épouse commencent à grimper méthodiquement, chacun sur son arbre. Arrivés au faîte, le jeune homme, étendant le bras, cherche à rapprocher de lui la cime de l'arbre jumeau, jusqu'à ce qu'il puisse, de son front, toucher le front de l'épouse qui, de son côté, fait tout son possible pour faciliter le contact.

Dès que ce dernier a été constaté par les « gens de la noce », le personnage qui dirige la cérémonie déclare solennellement que le mariage est conclu.

Cette union dans les airs n'empêche nullement la bénédiction donnée ensuite par un moine catholique, les Négritos étant censés convertis, mais pour ces derniers, c'est le contact des fronts au sommet des arbres qui constitue toute la validité de l'union.

(In *Européen*).

BIBLIOGRAPHIE

Fièvres éruptives, par AUCHÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux ; SURMONT, professeur à la Faculté de Lille ; GRANCHER, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; GALLIARD, médecin des hôpitaux ; WURTZ, NETTER, THOINOT, professeurs agrégés et médecins des hôpitaux de Paris. 1905, 1 vol. gr. in-8, 255 pages avec 8 figures, 4 fr.

Ce fascicule contient les articles suivants :

Variole, par AUCHÉ ; *Vaccine*, par SURMONT ; *Varicelle*, par GALLIARD ; *Scarlatine*, par WURTZ ; *Rougeole*, par GRANCHER ; *Rubéole*, par NETTER ; *Sueite miliaire*, par THOINOT.

N° 487. Dixième Année N° 19 — Le Numéro : 10 centimes — 13 Mai 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas de méningite polymycrobienne à bacilles de Koch et à diplocoques

par le Docteur **Déléarde,** agrégé, chargé du cours de clinique de médecine infantile,
et **G. Petit,** interne des hôpitaux, médaille d'or.

La constatation chez un enfant des signes classiques de la méningite entraîne presqu'inévitablement le diagnostic de la nature tuberculeuse de l'affection. Dans la grande majorité des cas, ce diagnostic se trouve confirmé, avant la mort, par les recherches entreprises sur la composition chimique et cytologique du liquide céphalo-rachidien. On sait, en effet, que la présence d'une assez forte quantité d'albumine, la diminution des chlorures, la perméabilité de l'arachnoïde à l'égard de certaines substances, en particulier l'iodure de potassium et la prédominance de lymphocyte dans le liquide céphalo-rachidien plaident en faveur de l'infection tuberculeuse. Tous les doutes sont levés lorsqu'on trouve des bacilles de Koch, chose assez peu fréquente, il faut bien le dire, ou lorsque l'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien amène le développement d'une tuberculose expérimentale. Mais lorsque l'examen microscopique après centrifugation de ce même liquide montre la présence de diplocoques intra et extracellulaires et de leucocytes polynucléaires en assez grande abondance, le doute naît dans l'esprit du clinicien qui hésite entre la méningite tuberculeuse et la méningite cérébro-spinale. L'hésitation se justifie si le petit malade est un nourrisson de onze mois, encore au sein de sa mère, laquelle, femme robuste, ne présente aucun signe de tuberculose. C'est un cas de ce genre que nous venons d'observer dans le service du professeur agrégé Deléarde, à l'hôpital Saint-Sauveur et dont nous voudrions rapporter brièvement l'histoire.

Ch... Georges est un enfant de onze mois, de belle apparence, nourri au sein par sa mère bien portante et n'ayant jamais eu de troubles gastro-intestinaux. Son père a fait un séjour d'un mois à l'hôpital de la Charité

(1) Communication à la Société centrale de Médecine du Nord, séance du 11 mai 1906.

pour bronchite. Un frère et une sœur sont morts en bas âge de variole, deux autres de convulsions entre 1 et 2 ans. Depuis huit jours, le petit malade présente de la constipation et de la somnolence, son regard est fixe ; les yeux interne de l'œil droit avec inégalité pupillaire, la pupille droite plus contractée que la pupille gauche. Les yeux restent ouverts. Il a eu quelques convulsions de la face. Pas d'écoulement d'oreilles, aucune trace de suppuration en un point quelconque du corps.

Le 17 mars, jour de son entrée dans le service, on remarque de la contracture de la nuque, du strabisme sont largement ouverts, le regard est fixe, l'enfant reste immobile, comme plongé dans une demi-somnolence ; il grince des dents. Le pouls est irrégulier et bat à 100 pulsations à la minute. La respiration est inégale, suspirieuse. Le ventre est rétracté, pas de contractures des membres ni d'exagération des réflexes. Le signe de Kernig manque et restera absent pendant toute la durée de la maladie. La raie méningitique est très nette.

La fontanelle antérieure est saillante et la ponction lombaire pratiquée une première fois le jour de l'entrée donne issue facilement à une vingtaine de centimètres cubes de liquide qui s'écoulent sous une assez forte pression ; le liquide est limpide, après centrifugation on remarque une lymphocytose prédominante et des polynucléaires dont quelques-uns renferment des diplocoques prenant le gram. Le liquide est ensemencé sur bouillon et gélose qui restent stériles.

Le 18, en plus des signes relevés la veille et qui se retrouvent intégralement, on remarque que l'enfant est recroquevillé sur lui-même, en chien de fusil. L'auscultation des poumons, difficile par suite de l'irrégularité de la respiration, ne décèle la présence d'aucun bruit anormal. Le pouls est à 124. Les membres sont agités de tremblement à chaque tentative de mouvements. L'enfant crie au moindre attouchement. Il n'a pas eu de selles ni de vomissements et a absorbé sans difficulté environ 200 c. c. de lait dans la journée.

Nouvelle ponction lombaire de 20 c. c. à la suite de laquelle la fontanelle antérieure préalablement tendue s'affaisse.

Le 19 mars, l'enfant est toujours dans le même état. La respiration et le pouls sont de plus en plus irréguliers. Quelques mouvements convulsifs des globes oculaires. Le liquide céphalo-rachidien contient en suspension des grumeaux blanchâtres, il est légèrement louche. Lymphocytose évidente. Il y a des polynucléaires plus abondants qu'au premier examenet des microbes ayant le même aspect que ceux observés la veille. L'ensemencement en bouillon ascite et sur sérum coagulé resteront stériles.

Le 20 mars, la contracture de la nuque s'accentue. Le regard reste fixe. L'enfant, qui n'a plus uriné depuis la veille, a une veine qui fait saillie sous la peau du ventre et que la pression avec la main vide facilement. L'urine extraite de cette façon — 70 c. c. — ne renferme pas d'albumine — 3 gr. 50 de chlorure par litre. Diazoréaction d'Ehrlich négative. La ponction lombaire laisse écouler sous forte pression 30 c. c. de liquide louche tenant en suspension d'abondants grumeaux.

Formule leucocytaire. — Mononucléaires..	88	p. 100
Polynucléaires	12	—

Les diplocoques se retrouvent avec les mêmes caractères.

Le 21 mars, même état, toujours fixité du regard, inégalité pupillaire. Constipation. Rétention d'urine. Pas de vomissements. L'enfant penche la tête du côté gauche et reprend immédiatement cette position lorsqu'on place la tête sur la ligne médiane ou sur le côté droit. Quelques mouvements convulsifs des globes oculaires. Pouls incomptable et rapide. La respiration est de plus en plus irrégulière. Le lait absorbé est conservé, la déglutition s'opère facilement.

Formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, le 21 mars :

Mononucléaires	74	p. 100
Polynucléaires	26	—

L'enfant meurt le 22 à 6 h. du matin.

La température la plus élevée a été de 38°.6, la plus basse de 37° 7. Comme traitement, 3 bains chauds par jour ; le 21 mars, injection de 1 c. c. de sol. de collargol au 100e. L'autopsie pratiquée le 23 au matin a montré une granulie pulmonaire avec des foyers caséeux, des ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés dont quelques-uns sont adhérents à la face médiastine des poumons et en dégénérescence caséeuse. Les ganglions mésentériques sont également augmentés de volume mais présentent des lésions bacillaires moins avancées que les ganglions trachéo-bronchiques. Rien au foie ni à la rate A l'ouverture du crâne on constate que la dure mère est tendue par une forte quantité de liquide qui s'écoule à flot après l'incison de cette membrane. La pie mère est injectée de sang. La base du cerveau est baignée par de la sérosité louche, accompagnée d'exsudats fibrineux jaune verdâtre, localisée autour des vaisseaux et de

nerfs crâniens en particulier autour du chiasma. De fines granulations tuberculeuses sont très apparentes sur tout le trajet des vaisseaux et au fond de la scissure de Sylvius. Le long de la moelle on ne trouve pas de granulations mais plutôt des traînées purulentes à sa surface.

Bref, les lésions classiques de la méningite tuberculeuse avec tuberculose pulmonaire sont relevées à l'autopsie de cet enfant.

La reproduction rapide du liquide céphalo-rachidien après chaque ponction, la mononucléoe prédominante, quoique le nombre des polynucléaires ait augmenté à chaque examen, l'absence d'herpès labial et surtout la tuberculose probable du père de l'enfant constituant par sa présence un foyer d'infection pour toute la famille plaidaient en faveur de la méningite tuberculeuse, mais l'embonpoint du petit malade, malgré des lésions tuberculeuses déjà anciennes puisque les poumons présentaient des foyers caséeux, l'absence de troubles gastro-intestinaux précédant la maladie, et la découverte de diplocoques ressemblant au méningocoque de Weichselbann étaient des arguments qui permettaient de songer à la méningite cérébro-spinale. Nous devons ajouter que toutes les tentatives de culture des diplocoques sont restées infructueuses. Ce fait a déjà été signalé, et dans le cas actuel peut-être faut-il attribuer cet échec à la présence de l'iodure de potassium dans le liquide, car nous avions fait la recherche de la perméabilité méningée au moyen de cette substance. L'injection épidurale de 1 gr. d'iodure de potassium dissous dans 2 c. c. d'eau a décelé la présence de l'iode dans le liquide céphalo-rachidien quelques heures après l'injection, trois jours après cette intervention on retrouvait encore des traces d'iode.

Les cas d'infection méningée par le bacille de Koch et par un diplocoque ressemblant au méningocoque de Weichselbaum sont encore assez rares dans la littérature médicale. Bruneau et Hawthorn (*Marseille médical*, 1902) ; Hetter (Soc. méd. des Hôpitaux, 1898) ; A. Delille et Babonneix (Soc. Biologie, 1902) ; Perrin (*Annales de méd. et de chir. infantiles*, 1903 ; Hutinel (*Traité de path. int. et de thérapeut.*) en France, ont rencontré une pareille association. En lisant les observations de ces auteurs, on remarque le doute qui a existé dans leur esprit au sujet de la nature de la méningite rencontrée chez leurs malades et même les erreurs de diagnostic corrigés à l'autopsie.

Même constatation en ce qui concerne les observations publiées en Allemagne par Heubner (Soc. méd. int. de Berlin, 1897) et par Lenhartz (4e Congrès allemand de méd. int., 1897).

S'il nous est permis de tirer une conclusion sur un seul fait et en tenant compte des renseignements cliniques relevés par les cliniciens précités nous croyons pouvoir avancer que dans des cas analogues, lorsque la tuberculose d'un organe quelconque n'est pas reconnue pendant la vie, la mononucléose prédominante dans le liquide céphalo-rachidien doit faire porter le diagnostic de méningite tuberculeuse, en se souvenant toutefois que la polynucléose a été rencontrée dans des cas de méningite tuberculeuse pure sans association microbienne. La limpidité du liquide, la teneur en albumine ou en chlorures, la perméabilité des méninges ne sont que des symptômes accessoires, de faible importance, insuffisants pour trancher la question de la nature d'une méningite polymicrobienne en faveur d'une méningite bacillaire. Quant à la symptomatologie, elle diffère très peu dans la méningite tuberculeuse et dans la méningite cérébro-spinale chez les enfants.

ORIGINE INTESTINALE DES ADÉNOÉATHIES TRACHÉO-BRONCHIQUES TUBERCULEUSES[1]

par MM. A. Calmette, C. Guérin et A. Deléarde.

De nombreuses expériences réalisées sur les jeunes bovidés et sur les chevreaux, nous ont permis de constater que lorsqu'on fait ingérer à ces animaux, en un seul repas infectant, de très petites doses de bacilles tuberculeux d'origine bovine, ces bacilles passent à travers la paroi intestinale et sont le plus souvent retenus dans les ganglions mésentériques, sans y développer de lésions tuberculeuses décelables à l'autopsie par le simple examen microscopique, Plus ou moins tardivement, ces jeunes animaux présentent ensuite de la tuméfaction des groupes ganglionnaires trachéo-bronchiques ou rétropharyngiens avec ou sans lésions pulmonaires.

Vallée, expérimentant également sur les veaux nourris avec du lait provenant de vaches tuberculeuses, est arrivé aux mêmes conclusions. Nous sommes donc fondés à admettre que l'ingestion d'une très petite quantité de bacilles tuberculeux peut suffire à développer l'adénopathie trachéo-bronchique ou diverses formes de tuberculose ganglionaire du thorax et du cou.

(1) Communication faite à l'Académie des Sciences, 7 mai 1906 et à la Société de Médecine du Nord, 11 mai 1906.

L'origine intestinale de ces lésions apparaît avec évidence, lorsqu'on prend soin d'inoculer au cobaye les ganglions mésentériques des animaux qui en sont trouvés porteurs, alors même que ces ganglions mésentériques paraissent absolument sains.

Nous citons, à titre d'exemple, le fait suivant :

Deux veaux de race flamande, numéros 14 et 15, âgés de deux mois et préalablement tuberculinés sans réaction, font le même jour, à la sonde œsophagienne, un repas infectant de 0 gr. 10 ctg. de bacilles tuberculeux bovins.

44 jours après, ils réagissent violemment à l'épreuve de la tuberculine et sont abattus le lendemain. L'autopsie montre, chez ces deux animaux, des ganglions mésentériques d'apparence normale, souples, sans foyer tuberculeux visibles. En les examinant avec grand soin, on trouve seulement à la coupe, dans leur zône corticale, quelques granulations blanches.

Les ganglions péri-bronchiques du n° 14 sont volumineux, durs, d'apparence fibreuse ; sur la coupe, on ne voit aucune trace de caséification.

Un ganglion rétrosternal du n° 15 est gros comme une noisette, dur, fibreux, sans nodules caséifiés.

Les poumons ne présentent pas de lésions tuberculeuses.

Les cobayes inoculés avec des fragments de ganglions mésentériques, péribronchiques, rétrosternaux, et pharyngiens de ces veaux ont tous succombé à la tuberculose.

Il nous a paru nécessaire de rechercher si chez l'enfant, qui présente souvent des lésions d'adénopathie trachéo-bronchique comme signe unique de tuberculose, l'infection d'origine intestinale pouvait être mise en cause.

Du 15 décembre 1905 au 30 mars 1906, les ganglions mésentériques de 24 enfants décédés dans le service de l'un de nous à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, on été triturés et inoculés chaque fois sous la peau de la cuisse de quatre cobayes.

La répartition des causes de décès, d'après les renseignements d'autopsie, était la suivante :

Athrepsie 13 ; *entérite* 1 ; *diphtérie* 2 ; *bronchite capillaire* 2 : *broncho-pneumonie double* 2 ; *méningite tuberculeuse* 1 ; *broncho-pneumonie tuberculeuse* 1 ; *adénopathie trachéo-bronchique* 1 ; *tuberculose pulmonaire* 1.

Pour ces quatre derniers cas seulement, les lésions trouvées à l'autopsie avaient permis de confirmer le diagnostic de tuberculose.

Chaque fois, les ganglions mésentériques fure examinés avec le plus grand soin avant d'être inocul Voici, très succintement résumées, nos constatations :

Louise D. 5 ans. *Méningite tuberculeuse.* Ganglio mésentériques rouges, tuméfiés, sans lésions tuber leuses apparentes.

Gustave D. 2 ans. *Broncho-pneumonie tuberculeu* Ganglions mésentériques augmentés de volume, sa lésions visibles.

Désiré B. 2 ans. *Adénopathie trachéo-bronchique.* Qu ques ganglions mésentériques gros comme un hari Pas de lésions à la coupe.

Marie V., 6 ans. *Tuberculose pulmonaire* (caverne sommet droit et ganglions trachéo-bronchiques, p sentant de nombreux nodules caséifiés). Gangli mésentériques tuméfiés, rouges à la coupe, mais s tubercules.

Les cobayes inoculés avec les ganglions mésen riques de ces quatre enfants présentèrent tous le sions spécifiques de tuberculose du 30e au 45e jour.

Mais, fait plus intéressant, trois autres enfants n'étaient nullement soupçonnés tuberculeux d'après résultats de l'autopsie ,avaient des bacilles tubercule dans leurs ganglions mésentériques, ainsi qu'en tém gnèrent les cobayes inoculés.

L'un de ces enfants, Victorine M., 5 mois et de avait succombé à l'*athrepsie* ; on lui trouva les gangli trachéo-bronchiques tuméfiés, et les mésentériq d'apparence normale.

Le second, Georges L., 3 ans, mort de *bronchite ca laire*, avait aussi les ganglions trachéo-bronchiq gros, mais sans lésions tuberculeuses, et les mésen riques sains.

Le troisième, Marie J., 8 mois, morte de *bron pneumonie double*, présentait également un peu de tu faction des ganglions trachéo-bronchiques et rien au sentère.

Pour les 17 autres cas, l'inoculation des gangli mésentériques au cobaye est restée négative.

De ces faits nous devons donc conclure :

1° Qu'expérimentalement chez les animaux, et niquement chez l'enfant, toutes les fois que l'infect tuberculeuse se manifeste par de l'adénopathie trach bronchique, il existe des bacilles tuberculeux dans ganglions mésentériques, alors même que ces gangli paraissent sains ;

2° Que l'infection ganglionnaire mésentériqu epr dant l'apparition des lésions d'adénopathie trach bronchique, celles-ci doivent être considérées, de m que la tuberculose pulmonaire chez l'enfant et c

dulte, comme résultant d'une infection tuberculeuse rigine intestinale.

L'hypothèse de la contamination directe par les voies piratoires n'étant actuellement prouvée par aucune périence irréprochable, il apparaît de plus en plus dent que les enfants, et aussi les adultes, contract la tuberculose en ingérant soit du lait de vaches erculeuses, soit des poussières ou des aliments illés de bacilles ou de parcelles de crachats tubercu- s d'origine humaine.

(Institut Pasteur de Lille.)

onsultations Médico-Chirurgicales

Tuberculose pulmonaire

Professeur F. COMBEMALE

(Suite).

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Le double but à atteindre le traitement général est : 1° par l'emploi d'un écifique médicamenteux ou d'ordre physique ou ordre vital, de détruire le bacille auteur du mal et d'an- *iler* les produits morbides réactionnels qu'il a engen- és ; 2° d'augmenter la résistance de l'organisme pour omphér de l'attaque microbienne.

Quelque nombreuses et quelque patientes qu'aient été recherches faites jusqu'ici pour donner au sang des erculeux des propriétés bactéricides, elles n'ont pas outi ; le spécifique médicamenteux n'est pas moins aisissable. Les vaccinations avec des cultures de ulence affaiblie ou de tuberculose aviaire, les injec- ns de sérum de chèvre ou de chien ont été impuis- ntes. La lymphe de KOCH était dangereuse. Il semble 'il n'y a point lieu de rejeter complètement la tubercu- e TR, et les statistiques de certains sanatoriums récem- nt publiées montrent que « les tuberculeux au emier degré tuberculinisés donnent 75 guérisons pour , tandis que les tuberculeux non tuberculinisés nnent 31,8 seulement ;» et ces résultats sont obtenus des sujets de mêmes catégories. L'emploi de la berculine ne doit donc pas être négligé à l'occasion.

) On a accordé et on accorde encore toute confiance a créosote comme médicament antibacillaire ; la osote ne peut cependant nullement être considéré nme spécifique. BOUCHARD, qui des premiers mania médicament, crut d'abord avoir guéri ses malades voyant la disparition des phénomènes locaux et éraux ; mais ce n'étaient que des guérisons appa- tes ; plus tard, il écrivait : « au risque d'enlever aux médecins leurs dernières illusions au sujet du seul médicament auquel on accorde confiance, il faut bien constater que ces améliorations sont passagères, que le nombre des malades guéris n'est pas supérieur à celui de ceux traités par l'aérothérapie et l'huile de foie de morue, que la créosote présente de nombreux inconvé- nients, en première ligne son action sur le tube digestif, ensuite son action favorisante sur les hémoptysies. » On ne doit donc accorder à ce médicament qu'une con- fiance relative.

La dose moyenne de créosote ne doit pas dépasser un gramme par jour. Comme la solution huileuse est de beaucoup préférable aux vins et aux pilules ou cachets, on formulera :

Huile de foie de morue	Q. S. pour un litre
Créosote.	50 grammes

une cuillerée à potage par jour.

Les inhalations, les lavements créosotés ont passé de mode, comme les injections sous-cutanées. On ne sau- rait trop conseiller de les rayer du nombre des médica- ments à employer chez les tuberculeux.

Le **créosotal** ou carbonate de créosote, est moins caustique à l'estomac, mais reste tout aussi congestion- nant. On ne lui accordera pas plus de faveur qu'à la créosote ; il s'emploie pur, une à deux cuillerées à café par jour aux repas ou dissous dans l'huile de foie de morue, ou en lavements.

Destiné à la remplacer, le **gaïacol**, le principe essen- tiel de la créosote, participe des mêmes reproches, parce qu'il présente les mêmes inconvénients. La dose moyenne est de 0 gr. 50 environ par jour, en pilules suivant la formule :

Gaïacol cristallisé.	6 grammes
Iodoforme.	āā 3 grammes
Tannin	
Extrait quinquina	6 grammes

pour soixante pilules, deux à cinq pilules par jour

ou dissous dans l'huile de foie de morue à 1 pour cent ; les vins ou les injections hypodermiques ne sont pas préférables. Les carbonates de gaïacol, benzoate de gaïacol, phosphate de gaïacol, n'ont pas de vertus parti- culières ni de défauts différents.

b) L'**ichthyol** n'a aucun des inconvénients de la créo- sote et de ses dérivés et présente les avantages qui ont d'abord fait la fortune de celle-ci. Aussi, en tout état de cause, je le préfère et je l'ordonne en pilules de 0,25 cen- tigrammes l'une, à raison de quatre par jour, presque sans périodes de repos. Le **thigénol** et le **thiocol** sont également peu dangereux.

c) Tout en se gardant d'en abuser afin de ne pas rendre le tuberculeux dyspeptique, les modificateurs de la nutrition sont souvent de mise : l'amaigrissement, les phénomènes neurasthéniformes tels que fatigue géné-

rale au moindre effort, dépression physique et mentale, perte des forces, l'abaissement de la pression artérielle commandent impérieusement leur emploi.

Considérée comme un aliment complet et facilement assimilable plutôt que comme un médicament, **l'huile de foie de morue** est le plus efficace de ces modificateurs de la nutrition. On rejetera l'huile brune en raison de son odeur nauséabonde, l'huile blanche comme privée de ses principes stimulants. **L'huile blonde est la seule qu'il convient de prescrire** et de faire prendre à raison de 90 à 100 gram. par jour au minimum, à l'heure préférée par le malade. Tous les artifices sont bons pour les malades à qui répugne la saveur désagréable de l'huile de foie de morue : on l'additionnera d'eau-de-vie, de sirops amers, de café ; on s'humectera la bouche avec de l'eau, du jus de citron, une pastille de menthe ; on la boira dans un verre de bière mousseuse ; on la portera dans l'arrière-bouche avec une cuiller très effilée comme on en a fabriqué dans ce but. Pendant des mois, l'été excepté, la quantité prescrite sera donnée tous les jours en une ou deux fois, et on en suspendra l'emploi un jour sur cinq environ. Pour une diarrhée même légère, pour un appétit moindre, pour une augmentation du volume du foie on en cessera momentanément l'usage.

Les principes constituants de l'huile de foie de morue, morrhuol, acide oléique n'ont pas d'avantages marqués sur elle. Quant à la **glycérine**, alcool polyatomique, présentée comme succédané de l'huile de foie de morue, on ne peut sans danger d'excitation dépasser 40 grammes par jour et l'engraissement obtenu avec elle n'est du reste pas durable ; aussi convient-il de la délaisser.

Exerçant une action trophique non moins incontestable, **l'arsenic** et ses composés organiques ou inorganiques, sont fort utiles ; on devra toutefois se garder de les prescrire lors des poussées congestives, d'hémoptysies ou au cas de lésions rénales ou hépatiques. Et même, pour éviter les troubles digestifs que leur usage un peu prolongé amène, on les alternera avec l'huile de foie de morue, des phosphates, par exemple. La dose maximum, même pour les plus tolérants, doit être d'un centigramme par jour d'acide arsénieux.

On se servira des composés inorganiques par la voie buccale, les composés organiques étant réservés à la voie sous-cutanée, quand il y a troubles gastro-intestinaux prédominants. Parmi les préparations arsenicales inorganiques, les meilleures sont : la liqueur de Fowler à raison de dix gouttes par jour, dose moyenne, les granules de Dioscoride au nombre de six, en partant de deux, la solution titrée d'arséniate de soude :

Arséniate de soude	10 centigr.
Hypophosphite de soude	15 grammes.
Eau de laurier-cerise	50 »
Eau distillée	450 »

chaque cuillerée à café contient 0 gr. 001 d'arséniate environ cinq cuillerées à café en commençant par une et en augmentant d'une tous les deux jours, puis en revenant graduellement à une.

l'eau de la Bourboule, minéralisée à un centigramme d'arseniate environ par litre et dont on donnera deux verres à bordeaux avant chaque repas. Parmi les composés organiques, le **cacodylate de soude** est parmi les plus communément employés ; chaque cent. cube injecté devra contenir cinq centigrammes de sel ; nombre de spécialités en ampoules stérilisées, telles celles de Clin, ont cette teneur ; au besoin, on peut faire exécuter la formule de Gautier :

Cacodylate de soude	6 gr. 40.
Alcool phéniqué au 1/10	X gouttes.
Eau distillée stérilisée	100 grammes.

et conserver sa provision dans un flacon coloré bouché à l'émeri pour l'injection quotidienne ; on interrompra la série des injections tous les six jours. L'**arrhénal**, avec sa forte teneur en arsenic, n'est à préférer ni aux cacodylates ni aux composés inorganiques, aux doses habituelles, pas plus par la voie stomacale que par la voie hypodermique.

Le principe de l'emploi du **phosphore** et ses dérivés n'est pas exempt de toute critique. Il serait indiqué en effet pour réparer la déperdition en phosphates si importante chez le tuberculeux ; mais les combinaisons de phosphore ne sont pas fixées par l'économie, telles qu'on les donne à l'heure actuelle, et l'heure n'est peut-être pas proche où le phosphore facile à fixer sera trouvé. Aussi, est-ce de façon illusoire qu'on donne phosphates alcalins ou calciques, lactophosphates, hypophosphites, glycérophosphates, lécithines, nucléines, alexines, les premiers composés inorganiques, les seconds composés inorganiques. La formule précédente qui allie arsenic et phosphore est encore peut-être de toutes celles dans lesquelles entrent des composés phosphorés la meilleure à recommander.

De l'**iode** et des iodures, vantés par certains, on doit dire qu'ils peuvent faire beaucoup de bien ou beaucoup de mal. Ce médicament expose en effet aux hémoptysies et amène rapidement des troubles digestifs. Seul, le sirop iodo-tannique est recommandable, par cuillerée à bouche au moment du repas. Le **tannin** passe en effet pour enrayer expérimentalement la tuberculose.

Le **quinquina**, la **kola** peuvent répondre à l'indication particulière d'effacer la fatigue, la dépression, le **fer** à celle de réparer l'anémie ; mais ces moyens ont trop souvent pour effet secondaire de déterminer des hémop-

tysies, pour qu'on les emploie sans une surveillance stricte. De même le **chlorure de sodium**, indiqué cependant de par la grande quantité de chlorures éliminée par les urines des tuberculeux ; il semble toutefois que ce ne soit qu'à Royat, Uriage, Ems, que cette médication ait des chances d'améliorer les malades, et non chez eux ; les injections hypodermiques d'eau de mer paraissent à ce point de vue un leurre.

Les courants de haute fréquence, non plus que les rayons X, n'ont aucune valeur, quoi qu'on en ait dit.

MESURES DE PROPHYLAXIE. — Les tubercules n'étant pas à la période de germination encore en communication avec l'extérieur, il semblerait que des précautions ne doivent point être prises pour empêcher la diffusion des germes qui théoriquement, ne sont pas répandus. Il convient néanmoins, ignorants que nous sommes du moment exact où tel tubercule se videra en dehors, de ne pas attendre que des milliers de bacilles soient mis en liberté pour prendre des mesures destinées à en arrêter la dissémination. Le plus tôt possible, en conséquence, on veillera à l'expectoration du tuberculeux, à la désinfection de ses excréta.

Expectoration. — Le tuberculeux ne doit point cracher autre part que dans un **crachoir** : ce crachoir, différent suivant qu'il est à demeure ou portatif, contiendra de l'eau additionnée de lysol à 2 pour 100, ou de formol, et sera vidé et nettoyé matin et soir à l'eau bouillante. Les crachats, vidés dans de l'eau additionnée de carbonate de soude (5 gr. par litre) seront bouillis et jetés aux fosses d'aisance.

Pour cracher, le tuberculeux amènera son crachat sur le dos de la langue en une seule masse et le déposera dans le crachoir sans le projeter et sans souiller ses lèvres ou sa moustache. Il ne déglutira jamais un crachat et, s'il a souillé ses lèvres, ne les essuiera pas avec un mouchoir, mais avec du coton ou du papier mousseline qu'on brûle ou jette dans le crachoir.

Désinfection. — Les précautions prises pour la toux, les crachats, les ustensiles de toilette et de table limiteront l'infection, ce qui est préférable à la désinfection. Néanmoins, des recommandations sont à faire, des mesures à observer pour compléter l'effet de ces précautions. Le linge du tuberculeux sera mis à part et bouilli dans la lessive avant d'être donné au blanchissage.

Dans les appartements, il n'y aura pas de coins obscurs ou l'on ne nettoie pas, pas d'alcôves dont on respecte la commodité ; on supprimera rideaux, tentures et tapis. **On ne balaiera pas**, on n'époussetera pas, mais le nettoyage se fera au linge humide. On laissera entrer la lumière et l'air partout.

La désinfection des locaux habités par un phtisique, limitée aux objets usuels et à la pièce habitée, sera pratiquée plusieurs fois dans le cours de la maladie, malgré les précautions qu'on aura prises de ses déjections et crachats : **l'aldéhyde formique, le lavage au sublimé seraient insuffisants** ; il semble bien que la combustion de soufre ne serait pas davantage efficaces. Le badigeonnage des murs sans grattage préalable au **lait de chaux** (un kilog. pour cinq litres d'eau), le lavage à la brosse des parquets et boiseries avec une solution encore tiède de chlorure de chaux ou **d'eau de Javel** à vingt grammes par litre est au contraire recommandable ; de même le lessivage des meubles avec la même solution de chlorure de chaux, et le nettoyage des objets en métal avec des linges imbibés d'alcool ou de vinaigre et qu'on brûle après.

PÉRIODE CONFIRMÉE

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un homme se plaint de maigrir rapidement, de perdre ses forces ; de n'avoir point d'appétit ; à ces plaintes une femme ajoute que ses règles manquent depuis un ou plusieurs mois. Son teint est pâle, terreux, la peau sèche, bistrée, les pommettes colorées. Il tousse, crache, est oppressé : la toux est fréquente, intense, humide, amène de l'insomnie ; les crachats sont abondants, mucopurulents, verdâtres, opaques, privés d'air, striés de lignes jaunâtres, avec parfois des parcelles caséeuses, ou nummulaires ; la dyspnée s'exagère au moindre effort. Il présente aussi tantôt de façon irrégulière, tantôt de façon suivie de la fièvre survenant vers les cinq heures du soir, à type rémittent et accompagné d'un pouls accéléré. Des sueurs profuses surviennent à tout propos, à la fin d'un accès fébrile, à l'occasion de la toux, de l'effort, de la dyspnée, nocturnes surtout mais aussi postsomniales. A l'examen de la poitrine, on constate l'amaigrissement, l'augmentation des vibrations vocales, de la matité dans les creux sus et sous-claviculaires, les fosses sus et sous-épineuses, une respiration soufflante ou affaiblie, des craquements humides en foyers limités sous les clavicules aux deux temps, de la bronchophonie exagérée, de la toux retentissante. Cette dénutrition, ces symptômes fonctionnels et généraux d'intoxication toxémique et d'irritation, ces signes physiques d'induration pulmonaire avec encombrement des ramifications bronchiques sont ceux de la *tuberculose pulmonaire à la période confirmée.*

Au cours de cette période des accidents nombreux peuvent se produire, des hémoptysies à étapes éloignées, et des troubles du système nerveux tels que des névralgies intercostales, du zona, des hyperesthésies.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — A la période

confirmée les tubercules sont en communication avec l'air extérieur ; le tuberculeux rejette des bacilles et est devenue infectant ; il ensemence d'autre part ses tubercules vidés avec les germes de suppuration banale ; des cavernules se creusent, diminuant le champ respiratoire, et fournissant matière à une expectoration dangereuse.

Tenir ces plaies pulmonaires à l'abri des infections secondaires ou antiseptiser le contenu de ces cavernules si elles s'infectent, c'est là l'indication dominante de la thérapeutique et de la prophylaxie. Mais ce but, difficile à atteindre, n'est cependant pas suffisant : la cicatrisation de ces plaies, la transformation scléreuse du tissu tuberculeux, la décongestion du tissu paraphymique, signes de la guérison complète, peuvent être obtenus encore à cette période, et on doit tout mettre en œuvre pour y parvenir, avec le secours de l'hygiène et des moyens médicamenteux.

Enfin, la clinique indique que l'état général va s'affaiblissant, l'anémie s'augmentant, que des sypmtômes gênants contribuent à diminuer l'appétit, à interrompre le sommeil, à troubler les fonctions les plus importantes, que des complications nerveuses ou indicatrices la propagation sont imminentes. Tous ces symptômes sont de la source d'indications importantes, tendant toutes au soulagement des misères qui commencent à rendre la vie du tuberculeux un calvaire, que le praticien doit remplir avec promptitude et succès, s'il veut soulager son malade, alors qu'il commence à perdre l'espoir de le guérir.

TRAITEMENT. — Se sentant plus atteint, à la période confirmée le tuberculeux a plus souvent recours au médecin ; et cependant, le pouvoir de ce dernier pour une guérison est moindre. Toutefois, c'est un devoir pour lui de s'adresser à tous les modes de traitement, et de saisir toutes les occasions de traitement : traitement hygiénique, traitement général, traitement symptomatique, traitement des complications. Le praticien ne perdra pas de vue le précepte qui doit dominer et guider ces interventions : « entourer de soins pieux l'estomac des phtisiques, » comme disait PETER.

TRAITEMENT DIÉTÉTICO-HYGIÉNIQUE. — Il n'y a que de bonnes raisons pour que la triple cure d'air, d'alimentation, de repos soit observée chez ces malades aussi strictement qu'à la période de germination. L'éloignement des villes, où il est fatal que les poussières bacillifères soient abondantes, s'impose encore avec une plus forte nécessité. Le choix des stations, s'il y a lieu, où se rendra le tuberculeux, devra être fait avec un soin approfondi. Comme il n'y a pas de climat exerçant une action spécifique sur la tuberculose, comme dans les climats marins ou de trop haute altitude, on peut trouver des facteurs trop énergiques ; les plaines, les montagnes d'altitude faible, l'intérieur des terres seront préférés en général ; mais toute station climatérique est bonne, pourvu que la localité soit peu habitée, dépourvue d'industries susceptibles d'altérer la pureté de l'air, qu'il y ait des bois à proximité, que les variations de température soient peu fréquentes, que la température de la nuit soit peu inférieure à celle du jour, que l'abri existe contre les vents du nord et de l'est, qu'il y ait rarement du brouillard et peu de pluie, que l'exposition au soleil soit parfaite.

Quant au tuberculeux peu fortuné, les exigences de repos absolu, la nécessité d'un moindre travail seront plus fréquentes, l'exode hors de la ville s'imposera le plus souvent, et le problème diétético-hygiénique apparaîtra dans toute sa difficulté, sans solution efficace parce que doublé d'un problème financier insoluble lui-même.

Toutes les recommandations détaillées pour le tuberculeux commençant s'appliquent sans correction au tuberculeux confirmé.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Un traitement spécifique antituberculeux est encore moins probable à cette période qu'à la période de germination : il n'existe point encore, du reste. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'avec la TRe, les résultats, pour être moins bons que dans la première période, n'en sont pas moins plus marqués qu'en l'absence de ce moyen, 20,6 guérisons pour cent au lieu de 2 sans tuberculine. L'emploi de la tuberculine mérite donc d'être suivi.

Mais l'infection des crachats, qui doit être prévenue, ou dont on doit éviter la prolongation lorsqu'elle s'est produite, peut être combattue avec divers moyens, qui paraissent aussi limiter l'infection tuberculeuse.

En première ligne est l'ichthyol, dont on ne saurait dire trop de bien, à la dose d'un gramme par jour presque sans discontinuité ; sans inconvénients majeurs, l'ichthyol fluidifie les crachats, les débarrasse de leurs germes et contribue à décongestionner les foyers tuberculeux. Les **sulfureux** sont connus depuis longtemps pour produire ce même effet à cette période. Allevard, Enghien sont des stations propices pour les inhalations, La Bassère, Eaux-Bonnes, pour la boisson, par cuillerées, jusqu'à un demi-verre par jour ; mais les menaces de congestion forcent souvent à abandonnner ce moyen.

Le baume du Pérou, où le cinnamate de soude (hetol) en injections hypodermiques quotidiennes d'une solution à 0 gr. 10 pour cent a les mêmes inconvénients de produire les hémoptysies et par suite ne peut être employé.

On ne peut que faire mention, pour les condamner, le l'iodoforme. des cantharidates que l'on a proposés contre la tuberculose à ce degré. L'anémie dont ces uberculeux sont porteurs indiquerait l'emploi du fer ; mais si on trouve souvent l'occasion de le prescrire, on ne doit s'y laisser aller qu'avec précaution et par petites séries de dix jours, en raison des tendances congestives qu'il développe.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — La fièvre, la toux, la dyspnée, l'expectoration, les sueurs, la diarrhée, les névralgies, sont au nombre des symptômes qu'on est appelé à combattre.

Fièvre. — A cette période, la fièvre est bien souvent accompagne d'une poussée congestive bronchopulmonaire ou d'une infection pneumococcique localisée. Néanmoins, au lieu de se présenter continue, elle peut être intermittente, quotidienne ou double quotidienne, avec le type inverse quelquefois et atteindre 39 et 40° ; alors elle traduit moins une infection surajoutée qu'une toxinisation tuberculeuse.

Au repos du lit, aux lotions vinaigrées ou alcooliques, dans ce cas, il faudra joindre des antipyrétiques pour peu que l'abattement soit marqué, que l'alimentation en soit gênée, que le malade se préoccupe de ce symptôme. L'**aspirine** reste le meilleur de ces moyens. Le bromhydrate dequinine est bien insuffisant, malgré qu'il soit souvent prescrit, et le **gaïacol** en badigeons dangereux à raison du collapsus qu'il provoque parfois. Le **camphorate de pyramidon**, à la dose utile de 0 gr. 25 répétée deux et trois fois par jour, a l'avantage inappréciable d'abaisser la température et de combattre les sueurs, même de prolonger son action sur les sueurs plusieurs jours après qu'on en a cessé l'emploi.

Toux, expectoration. — A cette période, la toux est presque toujours utile, en ce sens qu'elle débarrasse le poumon des crachats sécrétés. Aussi faut-il apprendre à la respecter, à en favoriser les effets salutaires.

Lorsqu'elle est irritative, quinteuse, n'amène pas d'expectoration, c'est qu'elle accompagne une poussée congestive ; et alors on a avantage à plus compter sur les dérivatifs ou la médication décongestive pour la calmer que sur des moyens directs.

Mais, fréquemment, la toux s'exagère, appelant l'attention, troublant le sommeil, parce que les crachats sont adhérents, peu fluides, ne se détachent qu'avec difficulté. Par exemple, le matin au réveil, les premiers crachats ne sont expectorés qu'après des efforts de toux prolongés. Il y a lieu dans ce cas de diminuer la sécheresse des crachats : deux moyens efficaces bien que très simples, favorisent cette expectoration matutinale par des inhalations d'eau chaude aromatisée avec une cuillerée de teinture de benjoin ou d'alcool mentholé ou à faire absorber un verre d'eau alcaline chaude, coupée de rhum.

Dans le courant de la journée, si l'adhérence des crachats provoque, entretient la toux, des tisanes émollientes dont la faveur ne s'est point perdue : tisane de guimauve, tisane de lichen, etc., des pâtes pectorales de jujube, de capillaire, de réglisse, de bonbons béchiques à la mauve, à la violette, au polygala, des sirops d'erysimon, d'hysope, etc., peuvent être prescrites au gré du patient ; mais l'inconvénient certain pour un résultat aléatoire du reste est l'émoussement de l'appétit en suite de l'emploi quelque peu prolongé de ces moyens d'un autre âge. Les expectorants tels que la terpine, les ammoniacaux, les antimoniaux sont bien plus efficaces.

Les capsules à 0 gr. 05 à raison de quatre par jour, ou la potion suivante :

Terpine		2 gr. 50
Vanilline		0 gr. 01
Glycérine	}	
Alcool	} àà	35 grammes.
Sirop de miel	}	

par cuillerées à café toutes les quatre heures

sont les meilleures formes pharmaceutiques de la terpine, comme la formule suivante :

Oxyde blanc d'antimoine	1 gramme.
Sirop de polygala	30 »
Eau	90 »

par cuillerées à potage dans la journée

ou la potion fluidifiante suivante :

Sel ammoniac	2 grammes.
Sirop de menthe	30 »
Hydrolat de laitue	90 »

en quatre fois dans la journée.

Lorsqu'au contraire la toux tient à une abondance exagérée de sécrétions, les **sulfureux** sont de mise ; le soufre sous forme de quatre à dix pastilles de soufre de 0 gr. 10 l'une dans la journée, modéreront l'expectoration et du même coup la toux, ou bien quelques cuillerées d'eau de Labassère mélangés à du lait.

La toux enfin, bien que peu fructueuse pour l'expectoration, peut ne pas déprendre à une congestion imminente. Dans ce cas rare, on inhibera le point de départ du réflexe par une injection sous-cutanée d'eau distillée pratiquée le plus près possible du point chatouillé, moyen sûr, rapide et inoffensif ; ou bien on pratiquera des badigeons de la gorge avec une solution de cocaïne à 1 pour vingt, de bromure de potassium à 1 pour trois, de morphine à 1 pour 40.

Dypsnée. — Concomitante à de la cyanose et de la fièvre, la dyspnée appartient à une complication, à une pousssée congestive.

Mais on peut voir apparaître la dyspnée à la suite de repas copieux, ou en raison de douleurs intercostales. Dans le premier cas, l'évacuation facile de l'estomac rendra cette dyspnée transitoire, dans le second cas en calmant la douleur on fera disparaître la dyspnée.

Toutefois, la dyspnée peut être permanente et résulter de la diminution du champ respiratoire. Dans ce cas, les doses quotidiennes de 50 à 60 gr. de sirop d'éther et de morphine sont seules capables de soulager, ou bien des inhalations d'oxygène, ou encore l'héroïne suivant la formule :

Chlorhydrate d'héroïne........	10 centigrammes
Eau de laurier cerise	10 grammes

par dix gouttes, trois fois par jour.

Sueurs. — L'irrégularité des sueurs nocturnes à cette période fait que l'occasion se présente bien fréquente de les combattre, mais on ne peut être assuré que la médication les a réellement prévenues. Néanmoins, si les efforts de toux et la réaction fébrile ne sont pas en cause pour les produire, il y a bien des chances pour qu'elles se présentent plusieurs jours de suite, abondantes, épuisantes, appelant une intervention.

Si, dans le premier cas, des frictions générales ou des lotions vinaigrées sont suffisantes, il faut une médication énergique pour les enrayer dans le second cas. Le sulfate d'atropine en granules d'un demi-milligramme toutes es deux heures jusqu'à trois agira avec efficacité, mais la sécheresse de la gorge et l'arrêt des sécrétions bronchiques ne tarderont point à le faire suspendre ; l'agaric, mieux l'agaricine ou l'acide agaricinique, ce dernier à la dose de 2 à 4 milligrammes en deux pilules, agiront tout aussi bien, tout en ne pouvant être continués longtemps à cause de la diarrhée qui surviendra quasi fatalement ; deux à trois grammes d'acide camphorique en cachets, le soir au coucher, n'auront d'autre inconvénient que la difficulté de se procurer le produit. Mais le tellurate de soude, à la dose de 0 gr. 03 à 0 gr. 05, avec l'odeur alliacée de l'haleine bien désagréable pour l'entourage, et l'acétate de thallium, qui a le grand défaut de faire tomber rapidement tous les poils. doivent être rejetés. Le sulfonal bien souvent aura une action suffisante à raison d'un à deux grammes avant le sommeil. Insuffisants seraient l'extrait fluide d'hydrastis, la teinture de sauge. Dangereux l'acétate de plomb, l'ergotine. On pourra, pour compléter cette action, saupoudrer les parties où se montre la sueur avec le mélange.

Tannoforme	1 gramme
Talc de Venise	2 grammes

ou badigeonner avec l'alcool formaliné,

Aldélique formique..	ãã 50 grammes.
Alcool absolu.............	

Diarrhée. — De la diarrhée séreuse se présente parfois au cours de cette période, dont l'hygiène de l'alimentation a bien souvent raison. Dès qu'elle survient, toute médication doit être cessée. Puis le malade est mis au régime lacté, le lait étant additionné d'eau de chaux. Le képhyr, excellent aliment, est aussi un excellent médicament dans ce cas ; deux bouteilles de képhyr n° 3 par jour, pendant plusieurs jours consécutifs, suffisent souvent à tarir l'hypercrétion des sucs intestinaux, et graduellement l'alimentation carnée peut ensuite être reprise.

Si cette diarrhée est plutôt de la lientérie, par insuffisance de digestion pancréatique des aliments, la pancréatine ou la papaïne en cachets

Pepsine	20 centigr.
Pancréatine..............	20 centigr.

rendront les meilleurs services.

Pleurodynies. — Le tuberculeux à la période confirmée souffre souvent. Des névralgies diverses, faciale, sciatique, peuvent survenir chez lui, mais surtout les douleurs thoraciques, ses « points de côté », avec une fixité désespérante ou par leur mobilité excessive le torturent et lui font faire appel au médecin. A cet excrucié, il faut des soulagements ; or, il n'en est guère de notoirement efficaces.

Calmer les secousses de toux, ce sera diminuer les occasions de souffrir pour ceux qui ne souffrent qu'à ces moments. On aura de la tendance à s'adresser aux révulsifs comme dans la plupart des névralgies, mais avec un égal insuccès d'ordinaire : pointes de feu, sinapismes, vésicatoires, ventouses sèches, substitueront une douleur à une autre sans annihiler toujours la première ; les badigeons locaux quotidiens de gaïacol incorporé à de la glycérine et à la teinture d'iode suivant la formule de Lyon.

Gaïacol	2 grammes
Glycérine	20 grammes
Teinture d'iode	20 grammes

ne seront cependant point toujours inefficaces, non plus que les onctions avec XXX à XL gouttes de **salicylate de méthyle** pur. L'application d'une couche de collodion élastique ou bien l'application de la compresse échauffante de Priessnitz sont parmi les meilleurs moyens. Pour tirer profit de ce dornier moyen on trempe une compresse ou une serviette dans l'eau froide, on l'applique un peu essorée sur le thorax et le tout est recouvert d'une couche de ouate et d'un taffetas gommé que l'on fait tenir d'un tour de bande.

Rapidement survient une sensation de chaleur, à la suite de laquelle s'atténue la douleur, quelquefois définitivement. Mais le moyen n'est efficace qu'à la condition de laisser les compresses assez longtemps en place.

Comme médicament interne, la morphine est un précieux moyen, mais elle n'est pas à recommander, en raison de l'accoutumance. L'aspirine paraît aussi calmer la pleurodynie ; mais d'une façon générale, la médication interne a peu d'influence.

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS. — Les principales complications de cette période sont les congestions de propagation du processus et les congestions et inflammations broncho-pulmonaires intercurrentes, les premières accompagnées d'hémoptysies relativement bénignes du reste, les secondes évoluant comme des pneumonies limitées, des bronchites, de la grippe et préparant une invasion tuberculeuse ultérieure facile.

Congestion de généralisation. — Dès que la survenue de malaises, de fièvre, la recrudescence de la toux, de la dyspnée et un peu de sang dans quelques rares crachats auront fait soupçonner une complication pulmonaire, dès que l'auscultation aura révélé de l'obscurité respiratoire, un ou plusieurs foyers de sous-crépitants fins, mobiles, sur une étendue considérable, l'intervention sera immédiate, hâtive, et aucun des symptômes ne devra être traité isolément. Il s'agit d'une congestion de généralisation ; on la combattra directement, tout en soutenant le malade.

Alité, ne devant s'alimenter qu'avec du lait, des purées de viande ou de farineux, un peu de cognac, le malade usera des antithermiques, aspirine, antipyrine, cryogénine, camphorate de pyramidon ; la voie hypodermique serait préférable, le bromhydrate de quinine est trop inefficace comme antithermique pour le tenter, l'antipyrine dans ces cas peut être essayée, suivant la ormule.

Antipyrine.	5 grammes.
Eau	10 »

deux centimètres cubes chaque fois et deux fois par jour.

Des révulsifs sont immédiatement appliqués : ils seront répétés plusieurs jours ; répétés plusieurs semaines après la sédation. On n'a que l'embarras du choix : ventouses sèches, sinapismes, compresses imbibées d'essence de térébenthine, compresse échauffante, pulvérisations de chlorure de méthyle ou stypage. On délaissera la teinture d'iode trop peu opérante, les pointes de feu qui ne sont jamais à employer avec la fièvre ; les vésicatoires seront ré servés aux poussées limitées chez des phtisiques résistants.

Quant à la toux, il sera nécessaire parfois, en raison des quintes, de la calmer, parce qu'elle contribue à exagérer la congestion, à l'entretenir. Alors

Codéine, 1 centigramme
Extrait jusquiame, 2 centigrammes.
pour une pilule, trois fois par jour

contribueront à diminuer ce symptôme.

Quant à l'hémoptysie, s'il ne convient pas de dresser la médication antihémoptoïque contre elle, il ne faut pas cependant la favoriser par des moyens malencontreux, que l'on ne trouve que trop de médecins disposés d'employer. **Sucer de la glace est chose pernicieuse** parce que les terminaisons nerveuses stomacales du pneumogastrique, excitées, contractent par réflexe les vaisseaux et augmentent l'afflux sanguin vers le poumon. Mieux valent certes dans ce cas, et s'il faut ordonner quelque chose, les boissons tièdes et mucilagineuses.

Un expectorant déplétif à la fois, complètera la médication à suivre pendant quelques jours, enrayant l'hémoptisie ; tel

Liqueur ammoniacale anisée	4 grammes
Sirop de térébenthine . . .	30 »
Eau de fleurs d'oranger. . .	40 »
Eau.	50 »

à prendre par cuillerées à potage dans la journée

tel aussi l'oxyde blanc d'antimoine, l'ipéca, le benzoate de soude.

Congestions broncho-pulmonaires intercurrentes. Malaises, fièvre, toux, dyspnée sont survenus rapidement et concomitamment. Mais l'auscultation révèle soit des rhonchus sonores, soit une zone d'obscurité mêlée de sous-crépitants, soit même du souffle tubaire. Bronchite, bronchopneumonie, pneumonie existent donc chez ces tuberculeux, limitées, mais certaines ; pleurésies limitées, s'il s'y joint des points de côté.

L'emploi des antithermiques ne sera pas différé ; on s'arrêtera aux moyens proposés ci-dessus.

On ne négligera pas non plus les révulsifs temporaires qui sont des décongestifs puissants dans les petites poussées broncho-pleuro-pulmonaires peu fébriles et mobiles : les sinapismes et les ventouses sèches suffiront pour la bronchite et la congestion ; mais si la poussée est plus profonde ou plus large, des petits vésicatoires de quatre centimètres de diamètre laissés cinq à six heures en place et pansés après ponction de la phlytène seront préférés, ou bien encore le mélange révulsif suivant, dont on badigeonne un espace plus ou moins large :

Huile de croton.	2 grammes
Glycérine	8 »

mais on ne les emploiera l'un et l'autre qu'à la période de déclin parce que bien plus efficaces alors. L'expectoration

sera d'autre part assurée au moyen du benzoate de soude, par exemple, ou des préparations d'antimoine; les antimoniaux, qui à la dose quotidienne de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 décongestionnent le poumon et abaissent la température facilitent aussi l'expectoration. La vieille formule suivante :

Tartre stibé . . .	5 centigrammes
Extrait de réglisse.	Q S (HÉRARD et CORNIL)

pour vingt pilules, 3 ou 4 par jour

rend de grands services.

Je n'oserai trop recommander les antimoniaux comme décongestifs à cette période de la tuberculose pulmonaire : leur action dépressive de la circulation est telle que le but est facilement dépassé, que des syncopes surviennent, que des vomissements et de la diarrhée affaiblissent encore le sujet, dont les forces sont déjà atteintes. Il est plus indiqué de soutenir le cœur si facilement défaillant de ces malades, par l'un des deux toniques cardiaques,

Camphre.	2 grammes
Huile d'amandes douces . .	10 cent. cubes
Sulfate de sparteine	50 centigr.
Eau distillée.	10 grammes

dont on injecte chaque jour un à deux centimètres cubes sous la peau.

Les vomitifs ne sont de mise qu'en cas d'encombrement bronchique ou de menace de capillarisation de la bronchite, et alors, on doit préférer l'ipéca :

Poudre d'ipéca . . . . . . 1 gr. 20

La dyspnée de ces congestions peut être telle que du soulagement doit lui être apporté. L'éther, sous la forme de sirop d'éther par copieuses cuillerées ou mélangé à des excitants diffusibles comme dans la potion suivante pare à ce danger :

Liqueur d'Hoffmann.	2 grammes
Acétate d'ammoniaque	8 »
Teinture de cannelle	5 »
Cognac.	30 »
Hydrolat de mélisse	60 »
Sirop de menthe	20 gr. (Huchard)

La convalescence de ces congestions pulmonaires est toujours longue, et regagner le terrain perdu est le but qu'il faut se hâter d'atteindre par la reprise prudente, mais aussi rapide que possible, de l'alimentation reconstituante.

Hémoptysies. — Des crachements de sang apyrétiques, indépendants d'une congestion, s'observent aussi à la période confirmée de la tuberculose.

1° Sans que la toux soit même augmentée, quelques filets de sang colorent un crachat, ou un crachat est expectoré rouge, unique, sans second. Le malade s'en préoccupe : mais à ne pas intervenir, la cessation se produirait d'elle-même. La cause en est le plus souvent la chute d'une escharre sur une veinule dans les cavernules.

Comme tout doit réussir, les moyens ne manquent pas; c'est le triomphe des astringents : le tannin en pilules de 10 centigrammes, jusqu'à vingt dans la journée, le cachou et le ratanhia en pilules,

Poudre de cachou . . .	àà 10 centigr.
Extrait de ratanhia . . .	

pour une pilule, dix pilules par jour.

la térébenthine en capsules de 0,25 centigr. l'une, à raison de cinq à dix par jour, sont parmi les plus usités. L'ergotine peut aussi être prescrite sous la forme :

Ergotine	2 gr.
Acide gallique	0 gr. 50
Sirop térébenthine	120 gr.

par cuillerées à bouche, quatre par jour environ.

L'alun aussi, uni à d'autres astringents :

Infusion de roses rouges	160 gr.
Extrait de ratanhia.	2 gr.
Sirop de cachou	30 gr.
Alun	0 gr. 50

par cuillerées à bouche toutes les heures.

Une révulsion légère n'est du reste point inutile.

2° L'hémoptysie peut être cependant moins insignifiante ; les crachats rouges ne sont point nombreux cependant, huit, dix par jour ; mais ils ne disparaissent point, ils se prolongent durant quinze jours, un mois, cinq semaines, toujours sans toux. La tension de la petite circulation est augmentée, et de tout petits anévrismes formés se rompent, suintant sans cesse du sang.

Les astringents ici ne réussissent point. Mais bien les moyens qui feront la déplétion thoracique. Y a-t-il constipation, donnez l'huile de ricin ; y-t-il un pneumothorax, dégonflez-le par une ponction ; y a-t-il grossesse, provoquez l'avortement ou l'accouchement prématuré et l'hémoptysie cessera vite. Quelques injections hypodermiques de morphine, deux par jour au maximum, seront d'une aide efficace, d'autre part, si l'on y joint de la révulsion durable, un vésicatoire de 6 sur 6 par exemple ou des pointes de feu répétées tous les trois ou quatre jours.

Tous médicaments élevant la tension artérielle seront suspendus, en particulier le fer et la digitale.

MESURES DE PROPHYLAXIE. — Les mesures de prophylaxie doivent être prises ici dans toute leur rigueur.

Les recommandations relatives aux crachats, vecteurs

sde germes tuberculeux, seront renouvelés sans cesse, surveillés sans défaillance. Celles qui concernent la désinfection du linge, des objets de toilette, des locaux habités en permanence ou abandonnés par un tuberculeux ne souffriront pas davantage d'exception.

(*A suivre*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Accidents du travail. — Perte des testicules. Incapacité permanente partielle de travail.

La perte d'un testicule ou des testicules, par le fait d'un accident du travail, peut-elle être considérée comme entraînant une incapacité permanente partielle de travail, au sens de l'art. 3 de la loi du 9 avril 1898? La question a été prévue par des auteurs et s'est présentée devant les tribunaux.

Dans leur étude de médecine légale et de jurisprudence sur *Les Accidents du travail*, MM. les docteurs Ollive et Le Meignen proposent une distinction? S'agit-il de la perte d'*un* testicule? Elle n'exerce aucune action sur la capacité de travail. S'agit-il de la perte de *deux* testicules? « Elle a, au contraire, un grand retentissement sur l'état physique et intellectuel du mutilé et s'accompagne d'une diminution notable des forces. Becker est presque seul à la nier. Le tort causé est d'autant plus grand que le sujet est plus jeune. Chez un individu d'âge moyen, on peut évaluer le préjudice à 25 0/0 au minimum. Le tarif autrichien n'accorde que 10 0/0. Rieger (cité par Becker) donne 50 0/0, chiffre qui paraît élevé; Blasius estime que 10 0/0 sont suffisants. ».

...

Si de la doctrine nous passons à la jurisprudence, nous trouvons deux jugements qui ont statué sur les deux espèces distinguées par les auteurs. Et, chose tout au moins singulière, ces deux jugements ont consacré des solutions diamétralement opposées à celles que proposaient les auteurs français ou étrangers.

D'une part, dans un jugement du 30 mars 1901 (*Gazette des Tribunaux*, du 12 mai 1901), le tribunal civil de la Seine a décidé que « l'ablation d'*un* testicule, à la suite d'un accident survenu dans le travail, entraîne une diminution de forces qui peut être estimée à 8 0/0 du salaire ».

D'autre part, dans un jugement du 13 novembre 1905 (*Rec. acc. trav.*, 1905, p. 268), le même tribunal a décidé que les lésions subies par un jeune homme, dont les *deux* testicules avaient été arrachés lors d'un accident du travail, « laissaient à ce jeune homme une capacité entière pour les travaux de sa profession ».

Nous ne connaissons, ni les circonstances dans lesquelles la question se présentait devant le tribunal en 1901, ni les arguments que le tribunal a dû faire valoir à l'appui de sa décision. Mais nous sommes mieux renseignés au sujet du jugement de 1905, étant donné que ce jugement n'a fait que s'approprier les conclusions d'un rapport médical qui a été publié, et dont voici les données principales:

Le 4 octobre 1904, un jeune ouvrier imprimeur, âgé de 16 ans, étant tombé sur l'arbre de couche qui actionnait l'imprimerie, eut les deux testicules absolument arrachés. A l'hôpital, sa blessure se cicatrisa. Quelques mois après, en janvier 1905, il était complètement guéri, et, en dehors de sa mutilation, il se portait, — d'après le dire des journaux, — « comme le Pont Neuf ». Néanmoins, se prétendant atteint d'une incapacité partielle et permanente de travail, il actionne son patron en paiement « d'une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident avait fait subir à son salaire », suivant les termes de l'article 3, alinéa 2, de la loi du 9 avril 1898.

Le tribunal, saisi de cette action, estime que la question relevait plutôt de la Faculté, et, par jugement du 26 juin 1905, il commit le professeur Paul Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'hôpital Necker, etc., à l'effet de « voir et visiter le mineur V...; prendre connaissance des documents et certificats produits; dire quelles ont été les blessures occasionnées par l'accident; quelles en ont été ou en seront les conséquences au point de vue tant de l'exercice de la profession du jeune V... que de toute autre profession (incapacité de travail temporaire, permanente, partielle ou absolue); à quelle époque doit être fixée la consolidation des blessures... »

En conséquence, M. le professeur Berger fit un rapport qu'il divisa en trois parties: constatations, discussion, conclusions.

Constatations. — « Le jeune V... présente une absence complète du scrotum et des organes qui y sont normalement contenus (testicules et annexes, épididymes, cordons, canaux déférents et vaisseaux spermatiques). La verge est intacte, elle a conservé son volume et sa forme et elle ne paraît nullement atteinte par la perte des organes voisins. Le scrotum est remplacé par une cicatrice périnéale siégeant au-dessous et en arrière de la verge. Cette cicatrice s'étend transversalement vers la région crurale gauche, où elle s'étend

dans une étendue transversale de 10 centimètres et verticale de 6 à 8 centimètres environ. La partie périphérique est lisse et mobile, mais dépourvue de pigment. La partie centrale se compose d'un tractus cicatriciel principal, très dur, saillant, adhérent aux parties profondes, transversalement dirigé, sur lequel se branchent des tractus verticaux de même consistance et de même apparence. Cette cicatrice, d'apparence chéloïdienne, est encore assez sensible. Elle ne limite en aucune façon les mouvements de la cuisse sur laquelle elle siège.

Au-dessous de la verge, elle se continue avec une cicatrice antéro-postérieure s'étendant sur tout le périnée, d'avant en arrière, depuis la verge jusqu'à l'orifice anal. Cette cicatrice, quoique un peu irrégulière, est souple et mobile; elle n'a pas la dureté et l'aspect boursouflé de la cicatrice crurale, elle est aussi légèrement sensible à la palpation. Nulle part, ni aux régions inguinales, ni sur les côtés de la verge, ni au périnée, on ne trouve des vestiges des testicules. Les anneaux inguinaux sont normaux, il n'existe pas de hernies. Du côté droit, l'anneau inguinal paraît traversé par les éléments du cordon spermatique qui se perdent dans les téguments, aussitôt après leur sortie. On ne trouve rien de semblable du côté gauche.

Le jeune V... ne présente d'ailleurs d'autre trouble fonctionnel que la sensibilité qu'il accuse encore au niveau de la cicatrice. Il n'éprouve aucune gêne de la miction; celle-ci s'opère de la manière habituelle, sans aucune modification de l'abondance ni de la fréquence des urines, ni du calibre du jet de l'urine. Les fonctions rectales s'opèrent normalement. Nous nous sommes gardé d'interroger le jeune V... sur l'état actuel de ses fonctions génitales, qui n'a rien à faire avec les questions que nous avons à envisager.

Discussion. — Le jeune V... a donc subi l'arrachement complet des testicules et du scrotum dans l'accident du 4 octobre 1904. Cette lésion, dont il existe des exemples produits par le même mécanisme ou par un mécanisme analogue, sans parler des dangers qu'elle a fait courir au blessé et des souffrances dont elle a été la cause, a déterminé une interruption de son travail qui s'est prolongée au delà même de la guérison de la blessure, par le fait de la sensibilité de la cicatrice, qui n'est pas tout à fait éteinte. On peut estimer que, la cicatrisation ayant été complète et les soins médicaux étant devenus inutiles le 26 janvier, un temps à peu près égal à celui qui s'était écoulé depuis l'accident aura encore été nécessaire pour la convalescence, soit 7 mois environ, en tout, à partir de l'accident, comme durée de la consolidation. Cette lésion laisse en outre une mutilation des plus considérables et entraînant l'abolition des fonctions de la reproduction et probablement la cessation complète de l'activité génitale du sujet atteint de cette lésion.

Mais a-t-elle pour conséquence une diminution de sa capacité pour le travail? Elle pourrait être par elle-même une cause d'incapacité permanente pour le travail, si elle en avait atteint les organes; mais aucun des organes de la locomotion et de l'action mécanique nécessaire aux travaux physiques ne se trouve atteint ni gêné dans ses fonctions; la cicatrice elle-même, quoique un peu douloureuse encore, s'assouplira, se mobilisera; l'état inflammatoire léger qui en a déterminé l'aspect chéloïdien disparaîtra promptement, et cette cicatrice ne sera cause d'aucune gêne pour le travail. — La lésion en question pourrait être une cause d'incapacité pour le travail par des complications portant sur le système nerveux; mais, chez le jeune V..., nous ne trouvons aucun signe de névrose traumatique, et il n'éprouve de ce chef, ou pour une cause analogue, aucune diminution de sa capacité de travail.

Reste enfin la diminution particulière de la force et de l'énergie physique, musculaire, ou morale et intellectuelle, qui pourrait être la conséquence de ce genre de traumatisme, par la modification de ce genre la privation des testicules pourrait imprimer aux actes intimes de l'activité vitale et de la nutrition. Sur ce sujet, on en est réduit à l'hypothèse, mais rien ne permet d'affirmer que la perte des deux testicules diminue la force, l'énergie et la capacité pour le travail. Nombre de gens, privés de leurs testicules, ont rempli et remplissent encore, dans les pays orientaux, des fonctions élevées et parfois difficiles. D'autre part, les exemples tirés de la série animale nous font voir que les animaux auxquels on demande de grands efforts de travail et un grand développement des forces musculaires, tels que les chevaux et les bœufs, sont régulièrement soumis à la castration complète. Rien ne permet donc d'admettre que la perte des deux testicules diminue en rien la capacité, pour le travail, du sujet qui l'a subie.

Conclusions. — 1° Le jeune V... a subi, par le fait de l'accident du 4 octobre 1904, la perte des deux testicules et des téguments du scrotum; 2° Cet accident n'est pour lui la cause d'aucune incapacité permanente pour les travaux de sa profession; — 3° L'incapacité temporaire qui est résultée de cette blessure peut être évaluée à 7 mois, et la date de la consolidation de la blessure fixée au mois de mai 1905 ».

Ce Rapport a entraîné la conviction du tribunal

civil de la Seine, qui a rejeté l'action du jeune V...: « Attendu que les seules incapacités qui, d'après la loi du 9 avril 1898, peuvent donner droit à une rente sont celles qui entraînent une diminution de salaire; — Que les lésions subies par le jeune V... laissent à ce jeune homme une capacité entière pour les travaux de sa profession ».

Et c'est tout! Le tribunal de la Seine s'est donc retranché purement et simplement derrière l'autorité du savant professeur. Profitant de cette leçon de prudente réserve donnée aux profanes par la Justice, nous ne nous permettrons pas non plus, à notre tour, de prendre parti entre, d'une part, l'opinion du professeur Berger, appuyée de l'opinion de Becker, et, d'autre part, l'opinion des docteurs Ollive et Le Meignen, appuyée de l'opinion de presque tous les autres auteurs. La question soulevée est assurément du domaine médical beaucoup plus que du domaine juridique. Il nous suffira d'en avoir indiqué les éléments. Nous ajouterons seulement que maints journaux politiques ou autres ont signalé le jugement précité du tribunal de la Seine dans l'affaire V..., et que la décision qui y est consacrée, conformément aux conclusions du docteur Berger, a eu, en général, une « mauvaise presse ».

J. J.

Responsabilité médicale. Certificat délivré à la victime d'un accident du travail.

Chacun sait qu'en imposant aux chefs d'entreprise l'obligation de déclarer tout accident survenu dans leurs établissements ou chantiers et ayants occasionné une incapacité de travail pour l'ouvrier ou l'employé atteint, l'art. 11 de la loi du 9 avril 1898, leur prescrit de joindre à cette déclaration « un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif ».

Le médecin, appelé à fournir un certificat de ce genre, peut-il être responsable, au point de vue de la loi, d'avoir fourni un certificat prétendu incomplet?

C'est ce qu'essaya de soutenir un ouvrier, L'Emaillet, au service de la Compagnie des chemins de fer du Nord, blessé dans un accident du travail, le 17 septembre 1900. Sur le vu du certificat qui avait été délivré par le docteur Plicque, cet ouvrier avait été considéré comme atteint d'une simple incapacité temporaire. Il laissa écoulé le délai d'un an que fixe l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898 pour la prescription de l'action de l'indemnité. Puis, se ravisant et se prétendant atteint d'une incapacité permanente, il actionna devant le tribunal civil de la Seine : 1° le médecin pour avoir rédigé un certificat incomplet ; 2° le maire de Saint-Denis, pour ne pas avoir transmis les pièces en temps utile au juge de paix compétant ; — 3° la Compagnie des chemins de fer du Nord, à l'effet d'être condamnée à lui servir une rente.

Le tribunal, en s'appuyant sur des considérations à nos yeux très critiquables, admit, en partie, la responsabilité de la Compagnie du Nord, qu'il condamna au paiement d'une rente annuelle de 400 francs.

Au contraire, il mit purement et simplement hors de cause, soit le maire, soit le médecin. Ne retenons de l'affaire que ce qui concerne le médecin.

Par jugement du 17 février 1904, le tribunal avait nommé comme experts les professeurs Berger, Brouardel et Declus, qui rédigèrent un rapport dont voici les conclusions: « 1° De l'accident du 17 septembre 1900. il est résumé pour L'Émaillet une fracture bimalléolaire de la jambe droite; cette fracture a eu pour conséquence une incapacité de travail permanente et partielle; 2° la blessure et ses conséquences pouvaient fort bien ne pas être reconnues par le docteur Plicque, il n'a donc pas commis une faute en ne les constatant pas d'une manière plus précise dans son certificat; 3° les mots « forte contusion » et le pronostic « un mois de repos » ne renfermaient pas, dans l'espèce, l'indication précise des lésions subies et des conséquences qui en sont résultées, mais avec les éléments de diagnostic et de pronostic qu'avait le docteur Plicque, il était impossible de faire mieux; 4° le docteur Plicque n'avait pas le devoir de compléter ultérieurement son premier certificat, d'abord parce qu'il n'était pas chargé de ce soin, et surtout qu'il n'était pas en mesure de le faire sur un blessé admis dans un service de l'Assistance publique; 5° le certificat du docteur Plicque satisfait aux prescriptions de l'art. 11 de la loi du 9 avril 1898, autant du moins que le permettent les données actuelles de la science. »

L'affaire revint ensuite devant le tribunal, qui statua par jugement du 5 décembre 1905 (*Gazette du Palais*, 1906, 2, 234). Et sa décision fut aussi brève que catégorique : « Attendu qu'en présence de ces conclusions des experts, le tribunal ne peut que mettre le docteur Plicque hors de cause par les motifs énoncés dans leur Rapport ».

Pour que le médecin pût être declaré responsable, il eût fallu la preuve que c'était ciemment, ou du moins par sa négligence, ou son imprudence, ou son ignorance grossière, en un mot par sa faute au sens de l'art. 1382 du Code civil, qu'il avait délivré un certificat inexact ou incomplet.

Rapprocher un arrêt de la Cour de Nîmes, en date du 23 Juillet 1902, que nous avons signalé dans *l'Écho médical du Nord*. 1903, VII, 238.

J. J.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

A son entrée en campagne, l'armée japonaise avait à sa disposition : 10.000 kilogrammes d'acide borique, 3.500 kilogrammes de formol, 2.500 kilogrammes d'iodoforme, 10.000 kilogrammes d'écorce de quinquina, 1.300 kilogrammes de sulfate de quinine, 10.000 kilogrammes de poudre de Dower, 17.000 kilogrammes de sous-nitrate de bismuth, 25.000 kilogrammes de salicylate de soude, 25.000 kilogrammes de créosote

Cette prodigieuse quantité de créosote était utilisé comme

moyen prophylactique de la dysentie. Chaque soldat japonais recevait en effet tous les mois 90 pilules de créosote renfermées dans un étui ; il devait en prendre trois par jours pour se préserver de la dysentrie. Pendant la guerre, on a fabriqué à Tokio plus de trois millions de ces pilules,

(*Bulletin de thérapeutique*).

BIBLIOGRAPHIE

De l'excellente thèse du docteur Robert Déjean, (Montpellier 1906) sur *l'antisepsie urinaire par l'helmitol et son role dans les affections générales s'accompagnant de décharges microbiennes par les reins*, (typhoide, colibacillose, grippe), nous relevons les conclusions suivantes, susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

I. — L'action antiseptique que l'Helmitol exerce sur l'appareil urinaire est surtout due à la grande quantité de formaldéhyde que sa décomposition met en liberté dans l'urine.

II. — Cette formaldéhyde, décelée par les réactifs chimiques, communique aux urines un pouvoir bactéricide vérifié par de nombreuses expériences de laboratoire.

III. — Les résultats de la clinique ont confirmé ceux du laboratoire et l'Helmitol a donné de nombreux succès dans le traitement des infections vésicales, dans les pyélites ou pyélonéphrite et dans la bactériurie. Il est impuissant contre l'uréthrite blennorragique aigue, et son action vis-à-vis de la tuberculose de l'appareil urinaire et des néoplasmes vésicaux paraît tenir à ce qu'il combat efficacement les infections secondaires surajoutées.

IV. — Les observations nouvelles que nous apportons concordent avec les résultats déjà obtenus. Elles mettent en lumière l'action modificatrice énergique exercée qar l'Helmitol sur les urines ammoniacales et purulentes.

V. — L'ingestion de l'Helmitol à dose thérapeutique ne présente pas d'inconvénients sérieux à signaler.

Il est indiqué dans toutes les infections aigues et chroniques des voies urinaires.

Son emploi à titre prophylactique sera avantageux dans les interventions sur l'urèthre ou la vessie. Enfin, il peut être utilisé comme adjuvant dans le traitement des blennorragies chroniques postérieures et des prostatites.

On le prescrira à raison de 3 à 4 grammes par jour : 1 gramme (ou 2 tablettes) en dissolution dans un demi-verre d'eau sucrée toutes les 6 ou 8 heures. Son emploi prolongé pendant plusieurs semaines consécutives ne paraît pas avoir d'inconvénients

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'albuminerie goutteuse**, par le docteur DE GRANDMAISON, Paris, *Maloine*, 1906.

— **L'urotropine et l'helmitol**, par le docteur GUIARD extrait des *Annales des maladies des organes genito-urinaux*, 1905.

— **La chirurgie enseignée par la stéréoscopie**, par les docteurs AMEUCASSE et LEHMANN, Paris, *Baillière*, 1906.

— **Contribution à l'étude du méningocoque**, par les docteurs VAUSTEENBERGHE et GRYSEZ, extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1906.

— **Sur l'origine intestinale de l'anthracose pulmonaire**, par les docteurs VAUSTEENBERGHE et GRYSEZ, extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1905.

— **La stérilisation des eaux par l'ozone, essai d'application aux eaux d'alimentation de la Ville de Nice**, par le docteur E PILATTE, *Revue Scientifique*, 1906.

— **Contribution à l'étude de l'aristochine** (éther carbonique neutre de quinine) par le docteur FLOQUET, thèse, Paris, 1905.

— **La santonine, son emploi dans le traitement des douleurs fulgurantes des tabétiques**, par le docteur F. BRICAGE, thèse, Lyon, 1906.

— **Les réformes dans l'organisation des études médicales**, rapport présenté à la Faculté de Médecine de Bordeaux par le professeur ARNOZAN, Bordeaux, *Gounouilhou*, 1906.

— **Anémie des mineurs, étiologie, semeiologie, prophylaxie, organisation médicale**, par le docteur FRANÇOIS, Paris, *Maloine*, 1906.

— **Surdité, vertiges et bourdonnements, ponction lombaire et rééducation de l'oreille au moyen de diapasons**, par le docteur M. NATIER.

N° 488. Dixième Année. N° 20. Le Numéro : 10 centimes 20 Mai 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT
5 *fr. par an.*
Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT
pour les ÉTUDIANTS
3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Exercice illégal et charlatanesque de la médecine par la réclame

Rapport présenté par M. le professeur **Folet**, au Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine (Séance du 30 mai 1906).

MESSIEURS,

Le cinquième paragraphe du programme du Congrès porte : « Du rôle de la Presse politique en matière « d'exercice illégal. — Articles de réclame à allures « scientifiques signés de noms de doteurs qui n'existent « pas. — Annonces et traitement par correspon- « dance. »

Ce schéma, outre qu'il est incomplet, pêche par un optimisme bienveillant : *de docteurs qui n'existent pas...* En êtes-vous bien sûrs ? Songez qu'à cette heure le diplôme n'assure à pas mal de gens que la misère en redingote, et que le *struggle for life* éteint chez quelques-uns de ceux-là toute dignité professionnelle. Tenez : dans la ville où j'exerce on peut lire tous les jours de l'année à la quatrième page d'un des plus grands journaux de province, à tirage de plus de 100.000, une annonce analogue à celle-ci. (Je cueille au hasard celle du 1er septembre) :

> Nous ne savons comment exprimer notre grande reconnaissance pour la guérison de notre fillette Marie-Louise, âgée de quatre ans, qui était très gravement malade d'une fluxion de poitrine compliquée de pleurésie. Le docteur qui la soignait nous mettait au désespoir en nous déclarant qu'il n'y avait plus de guérison. Nous avons eu recours aux bons soins du Dr D... (consultations, 23, rue de la R..., à R..., lundi, mardi, vendredi, 9 à 12 h.), qui, à notre grande surprise, l.a guérie...
>
> Signé : M. et Mme R..., marchands bouchers,
> 303 *bis*, rue de G..., à T..

Eh bien, descendez d'un degré encore dans l'amoralité médicale ; ne croyez-vous pas qu'il soit possible de trouver, parmi les miséreux de la profession, des docteurs authentiques qui, pour une mensualité même médiocre, signeront tout ce que l'on voudra ?

M. le Dr Saint-Aurens affirme dans son récent livre sur les *Charlatans de la Médecine*, qu'un de ces exploiteurs, bruyamment annoncé dans la presse comme « guérissant les hémorroïdes en deux jours par une méthode nouvelle », est un ancien interne, ancien chef

de clinique des hôpitaux de Paris, licencié ès sciences (1). Notre amour-propre professionnel ne doit pas se faire de trop complaisantes illusions : Il y a pas mal de médecins indignes. C'est aux agissements de ces mauvais confrères, tout autant qu'à l'exercice illégal proprement dit, qu'est consacré le présent travail.

***

Il faut donc élargir le libellé du programme et viser *tout exercice illégal ou charlatanesque qui se fait par le procédé de l'annonce intensive*, dans les journaux politiques surtout mais non exclusivement, et qui affecte des formes infiniment variées : — Prétendues chroniques scientifiques se répandant en dithyrambes à propos de tel médicament nouveau, de telle diastase récente, de tel ferment inédit. — Annonces d'un « Institut de la surdité », d'une « Académie électro-magnétique » ou d'une « Ecole de biologie végétale », engageant les personnes qui ne pourraient se rendre dans ces établissements, à se faire traiter par correspondance. — Annonces du passage d'un éminent spécialiste pour hernies, qui sera tel jour dans telle ville, à tel hôtel ; le lendemain dans telle autre, et le surlendemain dans une troisième. — Annonces affichées dans les urinoirs, promettant la guérison radicale et ultra rapide de toutes maladies vénériennes, par des méthodes inconnues jusqu'à ce jour, sans injections ni mercure. — Annonces d'un onguent merveilleux, qu'en vertu d'un vœu, un prêtre ou une personne charitable cède à prix coutant aux malheureux affligés de telle infirmité. — Envoi d'un petit traité pseudo-médical sur la constipation ou la dyspepsie, lesquelles ne sont guéries que par la médication du Dr Z..., etc., etc., etc., etc. Impossible d'être complet dans une énumération pareille, car des trucs charlatanesques nouveaux éclosent chaque jour.

Il est cependant un genre d'annonces auquel je me reprocherais de ne pas assigner une place à part dans cette nomenclature ; ce sont les réclames éhontées s'étalant quotidiennement au verso des journaux politiques en faveur de panacées merveilleuses : Pilules X..., guérissant infailliblement « anémie, chlorose, neurasthénie, rhumatisme, dyspepsie », j'en passe ; — Tisane dépurative Y..., non moins triomphante contre les « vices du sang, dartres, eczémas, ulcères, etc. » Le tout avec certificats légalisés et photographies de malades guéris, à l'appui d'un boniment où se mêlent adroitement les préjugés populaires qu'il faut respecter pour en tirer parti et de vagues notions scientifiques au goût du jour.

(1) Page 31.

Ce n'est point à des médecins qu'il est besoin de démontrer que ce ne sont pas toujours là de vulgaires drogues inertes et inoffensives. S'il y a en effet un nombre énorme de simples dupes auxquelles ces médications mirifiques ne portent d'autre préjudice que de n'avoir aucun résultat, à côté de celles-là existe un contingent très notable de malades auxquels elles ont directement ou indirectement fait grand mal. Ceux-là se taisent ou meurent et les lecteurs des réclames n'en savent rien. Que j'en ai vu d'exemples dans ma pratique personnelle ! Appendicites réveillées par des pilules drastiques ; lésions utérines devenues promptement inopérables parce que la malade, au lieu de se soumettre d'emblée à un traitement rationnel a voulu tâter d'abord d'un dépuratif célèbre ; et tout médecin pourrait comme moi vous apporter des cas analogues. En vérité, les méfaits des médicaments secrets lancés par la réclame lèsent la santé publique autant que l'intérêt des médecins.

J'estime que ce genre d'annonce est un des principaux facteurs du krach médical, car le public achète encore plus facilement une drogue en boite ou en bouteille qu'il ne se dérange pour aller consulter les tenanciers d'un pompeux Institut ou même pour entamer une correspondance avec eux.

On ne se douterait guère que cette publicité des médicaments secrets est formellement interdite par la loi — une loi centenaire à la vérité, — la loi de Germinal an XI qui régit encore à cette heure l'exercice de la pharmacie et dont l'article 36 est ainsi conçu :

Tout débit au poids médicinal, toute distribution de drogues et préparations médicinales sur des théâtres ou étalages, dans les places publiques, foires et marchés ; *toute annonce et affiche imprimée qui annoncerait des remèdes secrets, sous quelque dénomination qu'ils soient présentés sont* SÉVÈREMENT PROHIBÉS. Les individus qui se rendraient coupables de ce délit seront poursuivis par mesure de police correctionnelle.

Rien de tout cela n'est appliqué depuis trois quarts de siècle, et les parquets, comme les tribunaux, veulent absolument ignorer ces dispositions légales aussi archaïques qu'un édit de Louis XIV ou de Henri IV. Et notez que, même cette prohibition platonique, nous n'en obtiendrons le renouvellement dans aucune loi nouvelle. En notre temps de publicité débordante ne nous attendons pas à ce que la loi interdise formellement l'annonce de tout un genre de produits. On a pu le tenter en germi-

minal an XI et se figurer que l'interdiction serait efficace. On était en 1803 ; Napoléon perçait sous Bonaparte et les rares journaux existants étaient, eux et leurs maigres annonces, à la discrétion absolue du gouvernement. Aussi le Préfet de police pouvait-il écrire, le 1er février 1803, aux rédacteurs des feuilles parisiennes la circulaire suivante, tout récemment exhumée, dont le ton autoritaire ne vous échappera point :

Je m'aperçois chaque jour davantage, Citoyen, que des individus qui n'ont aucun titre légal pour exercer la médecine et la pharmacie, font annoncer dans les journaux des médicaments et des compositions dont l'efficacité n'est nullement garantie. Comme la santé des citoyens pourrait être compromise par l'usage de ces remèdes, *je vous recommande de n'en insérer dorénavant les annonces dans votre journal qu'autant qu'elles auront été revêtues de mon approbation.* Je compte sur toute votre exactitude à vous conformer à cette mesure.

Les temps sont changés depuis un siècle, et même la loi de germinal est de très bonne heure tombée en désuétude. Une prohibition analogue, qui aurait contre elle toute la Presse, ne sera jamais votée. Fût-elle votée par impossible, on ne l'appliquerait pas plus que l'ancienne. Essayât-on de l'appliquer, on la tournerait facilement. L'annonce à domicile, affranchie sous bande à un centime, inonderait les boîtes aux lettres de tous les Français. Cela ne coûterait pas beaucoup plus cher que la publicité des grands journaux.

La qualification d'escroquerie, en jurisprudenc courante, ne s'applique point à l'annonce charlatanesque en l'absence de manœuvres frauduleuses. Tout ce que l'on pourrait peut-être obtenir du Parlement, ce serait l'assimilation formelle des réclames de remèdes-panacées à l'exercice illégal, et encore... C'est tout de même de ce côté qu'il y aurait le plus de chances de succès, car dans la vente continue, permanente, d'une drogue que l'on donne comme devant rétablir la santé de celui qui l'achète, comme devant remédier à tels symptômes copieusement énumérés dans l'annonce, il y a acte tendant à la guérison ou à l'atténuation d'une maladie, c'est-à-dire *traitement*, au sens que la jurisprudence attache à ce mot ; il y a donc : *office de médecin et habitude*, deux éléments que les tribunaux exigent d'ordinaire pour constituer l'exercice illégal.

Mais ce délit d'exercice illégal n'existe même pas dans la plupart des autres espèces de réclames impudentes que nous avons mentionnées tout à l'heure. Sauf quelques masseurs ou rebouteurs, les puffistes en questions sont munis de diplômes et en règle avec la loi.

Il n'en est point en France comme en Allemagne où la *Gewerbefreiheit*, la liberté des métiers, établie en 1869, permet de « guérir », comme de faire de la menuiserie. L'usurpation du titre de médecin tombe sous le coup de la loi ; mais — contrairement à la législation française, autrichienne, etc., — il n'y a pas d'exercice illégal. Le premier venu (et les enquêtes déposées à la récente et curieuse exposition de Breslau (1), montrent qu'il y avait en 1902, à Berlin, y compris Charlottenburg, Schoneberg et Rixdorf, 973 médecins sans diplômes contre 3.260 médecins véritables), le premier venu invente une mixture antigoutteuse, une drogue antidiabétique et « lance » librement son produit par la réclame ; ou bien ouvre et annonce un cabinet de consultations. En France, presque tous les directeurs d'Instituts de la surdité ou d'Académie du magnétisme, les charlatans de pissotière, les colporteurs de bandages miraculeux, sont bel et bien docteurs en médecine. Ne le fussent-ils point, du reste, que les magistrats français déclareraient que l'usurpation de ce titre est « un acte de vanité non punissable, quoique répréhensible » ; mais il le sont, authentiquement. Ils ont des correspondants, c'est-à-dire des rabatteurs en province; ils annoncent dans les journaux qu'ils traitent telles maladies, qu'ils obtiennent d'énormes succès dans leur spécialité, qu'ils seront tel jour dans telle ville, que leur cabinet est ouvert en tel endroit sous telle appellation sonore. Aucune loi ne leur interdit, ne peut leur interdire tout cela. Ils reçoivent les clients chez eux ou correspondent avec eux. Rien encore d'illicite jusqu'ici. C'est ce qui se passe ensuite entre eux et leurs clients, soit oralement, soit par voie épistolaire, qui affecte souvent le caractère du délit d'escroquerie. Il est clair que, quand ces industriels amènent leurs dupes à se coller sur la poitrine des étoiles électriques en fer-blanc payées 300 francs et plus, ou qu'ils leur vendent à des prix fabuleux quelques injections hypodermiques d'un vague sérum, ou des flacons de suc de plantes exotiques imaginaires, ils subtilisent par des moyens malhonnêtes une partie de la fortune d'autrui. Ils compliquent le vol d'homicide par imprudence quands ils prescrivent de loin des thérapeutiques dangereuses. J'en ai vu un exemple frappant chez une femme atteinte de néoplasme du sein à récidives espacées, dont l'histoire est bien instructive :

J'avais opéré cette malade en 1894. Puis, en 1896, j'avais enlevé largement un petit noyau de répullulation dans la cicatrice ; nouvelle trêve de deux ans. En 1898

(1) Voyez Lejars, *Semaine Médicale* du 28 sept. 1904.

elle m'arrive, toujours rayonnante de santé et me montre deux points d'induration dans la cicatrice, parfaitement limités, mobiles et enlevables. Je propose une nouvelle intervention. — « Je réfléchirai ». — Elle réfléchit trois mois, au bout desquels on me demande d'aller la voir chez elle. Je la trouve écroulée dans son fauteuil, jaune, amaigrie, cachectique. Les régions mammaires et sus-claviculaire, ainsi que l'aisselle, étaient envahies par un vaste gâteau cancéreux ulcéré par places, avec œdème énorme du bras. La malade avait reçu le journal d'une « Médecine dynamo-électrique » quelconque, guérissant tout par les courants continus. Elle écrit là-bas. La guérison est sûre au moyen d'un appareil qui coûte 250 francs, je crois. Envoi de l'appareil. Au bout de trois semaines, les petites indurations ont un peu grossi. Elle écrit de nouveau. C'est que l'appareil n° 1 est insuffisant ; il faudrait l'appareil n° 2. Coût : 500 francs. Les applications de l'appareil n° 2 sont douloureuses et la peau rougit. Elle s'en plaint. — Cela n'est rien, lui répond-on, cela prouve que le traitement opère ; continuez. — Elle continue et arrive rapidement à la situation susdécrite. Il est clair que cette électrolyse insensée a donné à la récidive un formidable coup de fouet, déterminé les ulcérations et très notablement empiré l'état, accru les souffrances et abrégé la vie de cette pauvre patiente qui, par une opération bénigne, eût vraisemblablement encore obtenu une survie heureuse de dix-huit mois ou deux ans, au moins.

Assurément, des faits comme ceux-là et bon nombr d'autres analogues, constituent des escroqueries très nettes, qui devraient être poursuivies, si elles venaient à la connaissance des Parquets. Mais comment y viendront-elles, si les victimes se taisent ? Or, rien n'est plus malaisé que d'obtenir qu'elles portent plainte. Tandis que le malade qui a par hasard guéri entre les mains d'un charlatan chante ses louanges, celui qui s'aperçoit qu'il a a été trompé se tait, de peur du ridicule. S'il meurt, la famille craint de paraître spéculer sur la mort d'un parent en se portant partie civile ou ne se soucie pas de voir son nom mêlé à un procès bruyant. Bref, le charlatan escroc bénéficie de l'impunité et de l'argent volé.

En résumé, la loi punissant l'escroquerie, qui s'appesantirait si justement sur la tête des pirates de la médecine, trouve rarement des conditions pratiques d'applications. Il y faudrait d'autre dispositions répressives dont, je l'avoue, je ne vois pas du tout le principe ni la formule. L'interdiction de la publicité des remèdes secrets est restée lettre morte. L'assimilation des réclames médico-pharmaceutiques modernes à l'exercice illégal, — en admettant qu'on l'obtienne, donnerait-elle de meilleurs résultats ? Franchement, j'en doute fort. Les magistrats chargés d'appliquer la loi partagent, pour la plupart, les sentiments des gens du monde à l'égard du corps médical dont les intérêts les touchent médiocrement, et à celui de l'exercice illégal, dont ils n'apprécient nullement les effets désastreux sur la santé publique. Pour eux, il n'y a là le plus souvent qu'une exploitation de la crédulité humaine. Eh bien, *vulgus vult decipi. Decipiatur*. Ils sont donc portés à l'indulgence vis-à-vis des charlatans. Que dis-je ? On en a vu partager à demi la confiance du public dans les talents cachés des empiriques traduits à leur barre, qu'ils étaient obligés de condamner à regret.

Les condamnations, au surplus, ne sont jamais bien dures : 10 francs, 25 francs d'amende, 100 francs au maximum. De bonne foi, pense-t-on que de semblables pénalités, fussent-elles plus fréquentes et plus sévères, entraînassent-elles quelques-jours de prison (et la loi Béranger interviendrait alors), que de pareilles pénalités, dis-je, soient de nature à entraver la carrière d'un charlatan auquel elles donnent le prestige de la persécution ? Et il en serait de même pour les réclames des panacées si on les assimilait à un exercice illégal.

J'ai cru autrefois, étant très jeune, que l'on pouvait réprimer légalement l'exercice illégal. Je ne le crois plus aujourd'hui. La crédulité aux médications merveilleuses ne disparaîtra jamais de ce monde, pour deux raisons principales dont l'une, d'ordre philosophique, est de tous les temps : c'est qu'il y aura toujours des malades incurables ou imaginaires qui, après avoir tâté de vingt médecins et de vingt traitements, se livreront, en désespoir de cause, à quiconque les illusionnera d'une promesse de guérison. L'autre raison, toute actuelle, consiste dans le développement qu'a pris, depuis un tiers de siècle, la réclame moderne.

Feuilletez donc la collection d'un journal politique d'il y a quarante ans : vous y trouverez déjà des produits commerciaux annoncés en quatrième page. Mais est-ce que cela ressemble aux pétards tapageurs, variés, incessants, que tire par exemple tel savon célèbre ; à la publicité multiple, outrancière, organisée autour de lui ? Insertions quotidiennes, dans les grands journaux de toutes opinions, d'annonces ou d'anecdotes fantaisistes,

en prose ou en vers ; dans les rues placards voyants, hommes-sandwiches, charrettes-affiches, allumages électriques polychromes. Tout cela pour apprendre à l'univers que le meilleur savon est le savon du Sahara. Et cette obsession constante du cerveau des savants comme des ignorants, des capitalistes commes des prolétaires, des oisifs comme des occupés, des gens de tout âge, de tout sexe, de toute condition ; ce mécanisme de la répétition inlassable agit, agit puissamment.Et le savon du Sahara se vend par wagons et rentre dans ses frais qui sont énormes. C'est la RECLAME, art nouveau. Les fondateurs d'Instituts médicaux extraordinaires, les vendeurs d'orviétans infaillibles en jouent sans relâche avec une maestria et un doigté remarquables ; et cela réussit tout aussi bien que pour le savon. Croyez-vous sincèrement, que, — les lois fussent-elles un peu plus sévères et les parquets beaucoup plus zélés, — quelques condamnations pour exercice illégal, voire pour escroquerie, enraieront ce phénomène économique universel, cet emballement de la psychologie des foules.

⁂

Votre pessimisme, dira-t-on, aboutit logiquement à l'inertie. Rien à faire. Résignons-nous à l'inévitable et croisons-nous les bras. D'abord, quand bien même cette conclusion s'imposerait, mieux vaudrait encore connaître la vérité et la regarder en face que de se leurrer d'espoirs irréalisables. Ensuite je ne suis pas le moins du monde opposé à ce que l'on cherche à obtenir des modifications des lois ou même des règlements administratifs (tel l'arrêté du maire de Lyon retirant aux annonces charlatanesques l'affichage dans les urinoirs municipaux) ; le peu de bien que cela pourra faire sera toujours autant de gagné.

Enfin je suis persuadé que certains moyens d'action seraient efficaces. Je ne parle que pour mémoire de mesures d'ordre très général et très élevé, qui consisteraient à rendre l'accès de la carrière médicale plus difficile, afin que les médecins, moins nombreux (1), et trouvant plus aisément à vivre de leur métier, soient moins exposés aux tentations de la misère. Cette réforme, dont l'importance excède la portée de nos délibérations, ne donnerait en tout cas, que des résultats bien lointains.

Mais il est un procédé plus terre à terre et plus immédiat, ressortissant de l'initiative privée et non des pouvoirs publics et qui mériterait peut-être d'être essayé, car il ne l'a jamais été. C'est à propos de ce procédé que je vous demande la permission de vous exposer quelques idées toutes personnelles.

Je ne puis m'empêcher de croire qu'ici, comme dans la lutte antialcoolique, la RECLAME est une arme qui, bien maniée, pourrait, à l'instar de la légendaire lance d'Achille, soulager les blessures qu'elle fait.

Vous souvenez-vous, qu'il y a trois ans, à la fin de janvier 1903, des affiches blanches furent placardées dans Paris, portant ce titre en gros caractères : L'ALCOOLISME ET SES DANGERS. C'était un procès-verbal d'une séance du Conseil d'Assistance publique, signé du directeur de l'Assistance, M. Mesureur et contresigné du préfet de la Seine, M. de Selves. Vous rappelez-vous l'effet ? Un coup de pied dans une fourmilière : le Syndicat des marchands de vin, après avoir lancé un contre-placard, plutôt faible, annonça qu'il allait attaquer les signataires et l'imprimeur de l'affiche et leur demander noblement le franc classique de dommages-intérêts... Après quoi il se terra piteusement et ne souffla plus mot.

Malheureusement on s'en tint là. On ne poursuivit pas l'ennemi en déroute. Cependant l'initiative privée a agi dans ce sens. Moi, chétif, dans mon milieu restreint, j'ai préconisé et appliqué la réclame antialcoolique par des moyens variés : affiches polychromes et illustrées, charrettes-annonces, placards dans les tramways, rideaux-réclames des théâtres, étiquettes gommées, distributions de petits papiers dans les rues, etc. Et, si vous avez assisté au Congrès et à l'Exposition antialcoolique de Paris, en octobre 1903, vous aurez été frappé de voir que l'idée a été appliquée de mille façons ingénieusement variées dans tous les coins de la France.

Il n'est pas facile de doser exactement l'effet produit par une action de ce genre ; mais soyez sûrs qu'elle a produit quelques effets. Non pas encore beaucoup dans la classe ouvrière : il faut longtemps pour pénétrer les couches profondes, et là nous n'arriverons à un résultat

(1) Ce n'est pas que le nombre des médecins ait beaucoup augmenté depuis trois quarts de siècle, relativement au chiffre de la population. J'ai montré dans des articles récents (*Bulletin Médical de Paris* et *Echo Médical du Nord*, août 1904), que la population de Paris étant à peu près quatre fois plus nombreuse qu'en 1825, le chiffre des médecins de tout ordre n'y avait point quadruplé et qu'il en était de même dans d'autres grandes villes. Seulement la population urbaine actuelle renferme un contingent ouvrier infiniment plus important que celle de jadis et, au contraire, un contingent bourgeois beaucoup moins fort. Elle a beau avoir gardé avec le chiffre des médecins le même rapport numérique, elle est notablement moins rémunératrice pour le praticien dont la clientèle est, d'autre part, très en tamée par les progrès de l'hygiène publique et privée, par l'exploitation que font du médecin les Mutualités et les Compagnies d'assurance-accident, par l'ouverture des hôpitaux et des cliniques privées semi-gratuites aux malades de la classe moyenne, par l'abus des spécialisations enlevant au médecin ordinaire beaucoup de cas simples qu'il soignait jadis, enfin par l'expansion des réclames charlatanesques.

que par l'Ecole, en agissant sur les générations futures. Mais dans la classe moyenne, les résultats sont indéniables et encourageants. Or, c'est dans cette classe de bourgeois moyens et petits, que les réclames des panacées, que les annonces des malandrins médicaux recrutent leur clientèle. L'Antiréclame aurait chance de mordre sur elle. Songez que depuis des années les plus stupides boniments sont tous les jours bruyamment trompettés aux oreilles du public. Pas une voix ne s'élève pour contredire ces inepties. Et l'on s'étonne que lesdits boniments aient prise sur les âmes simples ! C'est le contraire qui serait surprenant.

Eh bien, faisons une hypothèse, un rêve si vous voulez : Imaginez que par voie d'affiches murales, attirant l'œil, on arrive à faire lire par les bons badauds qui forment la clientèle des charlatans un avis conçu comme suit ; ou tel autre texte analogue que l'on voudra, pourvu qu'il soit concis, très général, et ne visant aucune spécialité, aucun empirique en particulier. Faute de ces précautions, les coquins pourraient attaquer les honnêtes gens en diffamation et obtenir d'eux des dommages-intérêts ; cela s'est vu. Figurez-vous donc que l'on placarde abondamment l'affiche que voici :

APPEL AU BON SENS. — *Le public est invité à se méfier des propriétés merveilleuses que les réclames, chèrement payées, des journaux prêtent à certains médicaments qui sont sensés guérir infailliblement les maladies les plus diverses. La plus simple réflexion indique qu'un même remede ne peut convenir à tous les cas. Se méfier aussi des établissements à titre ronflants où de prétendus spécialistes se vantent de triompher, en un tour de main, et même par correspondance, des maladies réputées les plus rebelles.*

On montre au public des photographies et des certificats de malades guéris. En admettant même que ces documents soient authentiques et désintéressés, le public ne connaît pas les très nombreux malades crédules non guéris, ou dont l'état s'est aggravé. Tous les médecins pourront citer des exemples de cette sorte.

Cet avis pourrait être signé de quelques noms universellement connus : Professeurs, Membres de l'Académie de Médecine ou des grandes Sociétés savantes. Il en est qui ne refuseraient pas leur signature. Peut-être, anonyme, l'avis serait-il plus suggestionnant. Cela serait à discuter, mais ce détail importe peu pour le moment. Imaginez-donc cet affichage largement et intelligemment fait. Ne pensez-vous pas qu'il produirait dans le monde, des pilules X..., de la tisane Z..., et des Instituts fantaisistes, un désarroi semblable à celui qu'a produit chez les débitants de boissons le placard Mesureur-De Selves ? Et cette stratégie, persévéramment continuée, ne pourrait-elle amener quelques résultats ?

Oh ! je ne méconnais pas les difficultés d'application du principe. Le défaut capital de la réclame est de coûter cher. Cependant les grands journaux, ayant des traités de publicité avec les médicastres-annonciers aussi bien qu'avec les marchands d'apéritifs, refuseraient vraisemblablement nos antiréclames, comme ils font grise mine aux articles antialccooliques ; j'en sais quelque chose. L'annonce très dispendieuse des journaux nous serait donc interdite et nous devrions nous rabattre sur l'affiche. Or, un placard 30 + 40 (format de l'affiche des théâtres parisiens), reviendrait, tout timbré (1) à 8 centimes, pourvu qu'on en commandât un bon nombre. On aurait douze mille placards timbrés pour mille francs.

N'existe-t-il pas, en France, d'associations médicales capables d'organiser l'impression et l'affichage des placards en question ? Si fait. Il existe d'abord une vaste et puissante *Association des Médecins de France*, laquelle se confine peut-être un peu trop, à mon humble avis, dans ses très louables fonctions de bienfaisance et dont ce serait pourtant le rôle de prendre des initiatives utiles aux intérêts moraux et matériels de la corporation (2). Cette association groupe 8.200 membres, c'est-à-dire la moitié, ou peut s'en faut, des médecins français, et se subdivise en 91 Associations départementales affiliées à la Société centrale Parisienne. Il y a ensuite 138 Syndicats disséminés sur toute l'étendue du territoire et comprenant au total, le quart des praticiens du pays (3).

Reprenons notre hypothèse, notre rêve de tout à l'heure : L'*Association Générale* fait, je suppose, imprimer et timbrer le texte ci-dessus à douze mille exemplaires au davantage. Elle en informe et ses Associa-

(1) Car le timbre est nécessaire, sauf dispense du Ministre des Finances. Les affiches 30 × 40, sont taxées à 6 centimes piéce ; celles de 40 × 60 à 12 centimes ; celles de 60 × 80 à 18 ; celles au-dessus de ce dernier format à 24.

(2) On m'a objecté qu'un pareil emploi de ses fonds était interdit à l'A. G. par ses statuts. Il n'en est rien, à mon avis. L'article 5 des statuts dit : « Le but de l'Association est... de *pré-* « *parer et fonder* toutes les *institutions* propres à *compléter et à* « *perfectionner son* œuvre d'assistance ; » et l'article 17 : « Les charges de l'A. G. consistent... 6° en subventions aux institutions de prévoyance visées par l'article 5. » Le bon sens et une interprétation libérale de ces textes permettent de considérer l'organisation d'un système destiné à améliorer la situation du médecin en atténuant le fléau de l'exercice illégal et charlatanesque, comme une « institution complétant et perfectionnant « l'œuvre d'Assistance. »

(3) Thèse de droit de M. Camille Gorst, sur les *Syndicats Médicaux*, Paris 1904.

tions affiliées et tous les Syndicats, offrant de leur céder, au prix coûtant (8 francs le cent), autant d'affiches que l'on voudra. Ces Compagnies en achètent chacune quelques centaines et invitent instamment leurs délégués ou leurs membres à les faire placarder dans leurs résidences respectives. Pas mal de nos confrères sont maires de leur commune et assigneraient à nos placards des endroits d'affichage où ils auraient chance de n'être pas lacérés ; ou bien ils obtiendraient cela de leurs maires. Ils veilleraient à faire remplacer les affiches détruites. Ils obtiendraient encore qu'elles fussent placées dans les salles d'hôpitaux, dans les écoles, dans les dispensaires et salles de consultations des Bureaux de bienfaisance, des usines ou mines où fonctionne un service médical ; que le texte antiréclamiste fût imprimé (côte à côte avec quelques aphorismes antialcooliques), au dos des ordonnances, certificats et papiers délivrés aux malades de toutes ces consultations.

Peut-être aurions-nous la collaboration de beaucoup de pharmaciens qui jugent, comme nous, les méfaits individuels et sociaux des remèdes secrets et qui, de plus, gagnent, on le sait, fort peu de chose sur la vente de ces spécialités malsaines. J'ai vingt fois entendu des pharmaciens se plaindre de n'avoir plus à exécuter que de rares prescriptions magistrales (1), et de ne débiter que des spécialités sur lesquelles ils perçoivent un tant pour cent dérisoire ; peut-être ceux-là apposeraient-ils nos antiréclames dans leurs officines.

Quand le stock d'affiches serait épuisé, on en réimprimerait un autre qui donnerait les mêmes conseils en termes un peu différents, car, en matière de réclame, il faut répéter toujours la même chose en variant légèrement la formule.

Les réclames charlatanesques qui s'étalent dans les urinoirs sont assurément parmi les plus novices. Les médecins désignés dans ces annonces — parfois voilés d'un pseudonyme, mais dont la plupart sont réellement sous leur vrai nom docteurs en médecine ,— opèrent soit seuls, soit acoquinés à un pharmacien. De toute façon, après avoir superficiellement blanchi les symptômes présentés par leurs malades syphilitiques, ils leur affirment qu'ils sont radicalement guéris et ne leur interdisent par le mariage ; d'où les conséquences fatales: contamination de la femme et procréation de déplorables rejetons. La pièce des *Avariés*, de Brieux, mais nous l'avons tous vue se jouer dans la réalité. Et il est une autre avarie non moins fertile en résultats déplorables et pour les malades et au point de vue de la dépopulation, je veux parler de la blennorrhagie : la moitié des ovaro-salpingites qui aboutissent à la castration féminine reconnaissent pour cause la blennorrhagie du mari.

(1) Il serait bon, par exemple, que les médecins se réhabituassent à formuler, au lieu de prescrire, comme le font un trop grand nombre d'entre eux, des spécialités pharmaceutiques.

Figurez-vous, toujours pour continuer ma supposition de tout à l'heure, que dans les urinoirs on colle un petit placard ainsi libellé :

AVIS IMPORTANT

Les maladies vénériennes mal soignées amènent des complications graves, immédiates ou lointaines.

Les victimes de ces maux ne sont pas seulement les personnes qui s'y exposent volontairement. Les plus honnêtes femmes peuvent être contaminées. Les tares syphilitiques se transmettent aux enfants.

Les maladies vénériennes ne se guérissent pas aussi vite et aussi aisément que le prétendent les boniments des charlatans, tous soi-disant possesseurs d'une méthode personnelle et infaillible. Il importe de se faire soigner sérieusement de ces maladies, parfaitement curables d'ailleurs.

Ne croyez-vous pas que cet avis diminuerait un peu la clientèle des médicastres d'urinoirs ?

Je n'ignore pas que les villes afferment cette publicité nauséabonde des urinoirs et en tirent des revenus. Là les fermiers d'annonces n'admettraient pas l'apposition de nos placards, Mais. je m'en suis enquis, tous les urinoirs municipaux ne sont pas affermés. Il en est, dans les grandes villes et surtout dans les petites, qui si nous le demandions, admettraient nos affiches. Pour les autres, nous aurions la ressource des petites étiquettes gommées qu'il est facile de coller et de renouveler incognito.

Voyons, une pareille campagne de publicité et de propagande n'est-elle pas possible, je dirai même n'est-elle pas facile à organiser ? Il suffit de vouloir. Quel en serait le succès définitif ? Personne ne le saurait dire ; mais, vraisemblablement, la tentative ne serait pas inutile. En tout cas, elle est honorable, car elle a pour but, en éclairant les gens, de sauvegarder la santé publique autant que l'intérêt corporatif.

A la réunion annuelle de l'*Association des Médecins du Nord*, le 3 juillet 1904, j'ai esquissé ce programme et proposé de démontrer le mouvement en marchant ; c'est-à-dire en organisant l'antiréclame dans notre région. Ma motion fut bien accueillie et renvoyée au

Bureau avec avis favorable, pour plus ample étude. Depuis, je n'ai pas oui dire qu'on ait rien fait.

Au surplus, mieux vaut peut-être qu'il en soit ainsi, car dans l'état actuel, (bon ou mauvais, c'est discutable, mais existant en fait), dans l'état de centralisation où évolue la vie française, il est indispensable qu'un système fonctionne à Paris, soit adopté par Paris, pour avoir chance de rayonner et de s'étendre à tout le pays.

Je renouvelle donc ma proposition dans ce milieu retentissant du Congrès parisien. Le corps médical ne doit pas se contenter de gémir et d'attendre sous l'orme les secours des pouvoirs publics. Il doit et il peut essayer de se protéger lui-même. Ce puissant et formidable instrument de la réclame, il n'y a que les forbans de la profession qui en jouent. Si les médecins honnêtes essayaient un peu de faire comme eux, pour le bien des malades et l'utilité de la corporation médicale !...

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 vril 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Kyste hydatique de la paroi thoracique

M. Potel, présente au nom du Dr Desoil et au sien, les pièces anatomiques (paroi et contenu) d'un kyste hydatique de la paroi thoracique.

La malade qui présentait ce kyste est âgée de quarante-quatre ans. Elle n'a pas d'antécédents à noter. A l'âge de trente ans, elle émigre dans le Paraguay, et habite, pendant huit ans, une région marécageuse. Elle y contracte les fièvres paludéennes dès la seconde année de son séjour. Elle fut six mois malade, avec des accès quotidiens. Les années suivantes, au moment des saisons pluvieuses, elle fit des rechutes de plusieurs jours.

Dans l'exploitation de fermes qu'elle dirigeait, elle était en contact journalier avec toutes sortes d'animaux domestiques : bœufs, moutons, chiens, etc. Du Paraguay, Madame X... va habiter l'Argentine deux ans et rentre en France où elle retrouve la santé.

Vers la fin de 1905, la malade ressentit quelques vagues douleurs dans le dos, et principalement au niveau de la région scapulaire droite. Elle essaya de se frictionner avec quelques liniments et découvrit ainsi une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, dont elle n'avait pas jusque-là soupçonné l'existence.

En mars 1906, bien que la grosseur n'augmentât pas de volume, la malade se décida à venir nous demander d'intervenir.

A l'examen, on constate, en arrière, entre l'omoplate droite et le rachin, une tumeur mollasse, grosse apparemment comme un gros œuf de poule. La peau n'a subi aucune modification, ni comme couleur, ni comme consistance. Si l'on fait contracter le grand dorsal, on voit la tuméfaction s'aplatir et devenir moins nette.

Les muscles étant bien relâchés, on peut obtenir une fluctuation très nette.

L'auscultation ne donne aucun signe sthétoscopique anormal.

Le siège, la lente évolution de la poche liquide, l'état général assez débile de la malade, nous font porter le diagnostic d'abcès froid de la paroi thoracique, probablement ossifluent développé dans la loge cellulaire située entre la paroi, d'une part, le rhomboïde et le grand dorsal de l'autre.

Opération. — Incision transversale de dix centimètres. Le grand dorsal est sectionné parrallèlement à la peau. On arrive sur la poche qui présente une paroi épaisse, vascularisée, très adhérente.

Une ponction faite dans la poche donne issue à une sorte de pus graisseux, inodore, couleur chocolat, dans lequel nagent une vingtaine d'hydatides. Les plus volumineuses sont vidées et aplaties ; les plus petites sont encore à l'état vésiculeux.

La poche, asséchée aussi soigneusement que possible, je dissèque la paroi, de façon à extirper le kyste en totalité. Le kyste est étalé sous le grand dorsal et le rhomboïde, plus volumineux qu'on ne l'aurait cru au premier abord. La dissection se poursuit néanmoins, et la poche peut être extirpée, sauf un prolongement infundibuliforme qui s'insinue entre les côtes, près du rachis. Je me contente de cureter soigneusement la paroi de cet infundibulus et de la cautériser au chlorure de zinc.

Drainage de la cavité. Restauration du grand dorsal. Sutures cutanées.

Les suites furent aussi simples que possibles. La région drainée donne pendant quelques jours un léger suintement non purulent. La poche et son contenu furent examinés par M. le Dr Desoil. Voici le résultat de son examen.

Examen de la tumeur. — Kyste de la grosseur d'une pomme formé d'une paroi fibro-conjonctive très épaisse, renfermant un liquide, aspect crême de chocolat, dans lequel nagent quinze ou vingt vésicules de différentes grosseurs, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de pigeon.

1° Le liquide kystique est une émulsion de granulations graisseuses et globules graisseux avec granulations pigmentaires, cristaux de cholestérine et nombreux globules rouges, les uns encore frais, les autres granuleux ;

On ne retrouve plus ni leucocytes ni globules de pus (ou très rarement).

Il n'existe plus de crochets.

2° Les vésicules sont, les unes entières et remplies de ce même liquide granulo-graisseux, les autres vidées et à paroi déchiquetées. Ces vésicules sont des hydatides très altérées. On ne retrouve plus en effet, aucune trace de la membrane germinative ni de l'embryon, ni même de ses crochets. La paroi cuticulaire a seule subsisté, bien reconnaissable à son aspect nacré et à ses strates concentriques.

3° La paroi du kyste est très épaissie, formée de deux zones de tissus ;

a) Une zône interne d'aspect blanchâtre, friable et fongueuse, villeuse, mamelonnée et anfractueuse, formée de cellules en complète dégénérescence granulo-graisseuse dans lesquelles on retrouve avec peine le noyau, les unes petites, ayant l'aspect de cellules embryonnaires ; les autres plus larges et ayant un aspect endothélial. En certains points, ces cellules sont encore agencées en tissu ; en d'autres points, elles sont disssociées ou libres au sein de granulations protéïques ou graisseuses.

b) Une zône externe, plus dense et plus compacte, formée presqu'exclusivement de tissu conjonctif fibreux, avec quelques fibres élastiques ; des fibres musculaires striées englobées entre les faisceaux conjonctifs, et quelques vaisseaux sanguins de nouvelle formation. Cette zône externe n'est que peu ou pas envahie par l'infiltration et la dégénérescence graisseuse qui caractérisent la zône celluleuse interne.

En résumé : kyste hydatique ancien — pouvant remonter à plusieurs années — en complète dégénérescence graisseuse et ayant perdu toute nocivité, au point de vue parasitologique

M. Oui a vu un kyste hydatique de la paroi abdominale confondu avec un abcès froid.

Angiôme caverneux d'origine fissuraire

M. Potel présente la pièce anatomique d'un angiôme pseudo-kystique, développé le long de la jugulaire interne chez un enfant de 15 ans.

Cet enfant présentait depuis très longtemps à deux centimètres au-dessous de la mastoïde gauche une petite tumeur, profonde, grosse comme un noyau de cerise. Il y a quelques mois, il fut employé à un travail pénible, pour son âge, qui consistait à charger, à la pelle, des graviers sur un chariot, et d'aller décharger ces mêmes graviers sur un chemin en réparation.

L'enfant fut obligé de faire de nombreux efforts, et il vit sa tumeur accroître si rapidement, qu'en l'espace de trois mois elle avait acquis le volume d'un gros œuf de poule

Cette tumeur siège directement sous l'apophyse mastoïde gauche. Sa partie supérieure est recouverte en avant par la sternocleido-mastoïdien, sa partie inférieure et postérieure est plus accessible. Elle adhère profondément à tous les tissus voisins. La peau n'a subi aucune modification.

La tumeur est bien nettement fluctuante. Elle présentait au début, tellement les caractères d'une adénite tuberculeuse suppurée, que le médecin fit à la pointe du bistouri une petite ponction pour évacuer la poche. Au lieu de pus, ce fut du sang qui sortit, mais avec une telle force, qu'il jaillit à plus d'un mètre de distance.

La poche s'affaissa, et la petite plaie cutanée se ferma assez simplement. Mais deux jours après le tumeur se remplissait et bientôt reprenait tous les caractères qu'elle avait avant la ponction.

Le malade me fut alors adressé.

La tumeur avait repris l'aspect décrit plus haut. Elle n'était animée ni de battements, ni d'expansion. La pression même continue n'amenait aucune réduction de la poche sanguine. La pression était d'ailleurs très désagréable au malade et lui occasionnait un malaise difficile à définir. L'auscultation de la poche ne permettait d'entendre ni soufle, ni autre bruit pathologique.

Opération. — Incision de huit centimètres le long du bord postérieur du sternocleïdo mastoïdien. Le muscle est décollé et refoulé en avant à l'aide d'un écarteur de Farabeuf. Je dissèque aussi loin que possible les faces antérieures et postérieure. J'aborde ensuite le pôle inférieur ; dès que je soulève la tumeur, je peux me rendre compte qu'elle adhère intimement tout le long de la jugulaire interne. Comme toutes les manœuvres de dissection n'ont amené aucune réduction de la poche, j'en conclus qu'il n'y a pas communication directe avec la jugulaire et pour rendre ma dissection moins périlleuse, je ponctionne la poche pour la vider. Un jet de sang très noir jaillit à plus d'un mètre puis la poche s'affaisse, ne donnant plus qu'un mince écoulement noirâtre.

Je puis maintenant disséquer la tumeur, et la séparer de la jugulaire interne sur une longueur d'au moins sept centimètres. Quelques veinules sont percées et liées.

Mais en poursuivant la dissection le long de la jugulaire, je suis entraîné en dedans de l'apophyse mastoïde, jusqu'à la base du crâne. Les adhérences devenant plus résistantes et craignant qu'une traction ne déchire la jugulaire à ce niveau, je place sur le pédicule, en ayant soin de ne pas intéresser la veine, une pince de Kocher que je remplace par une ligature. La poche est ensuite extirpée d'un coup de ciseaux. La place est drainée et suturée.

La guérison se fit par première intention. Le malade retournait dans sa famille dix jours après l'intervention.

La poche ainsi enlevée a le volume d'un œuf de dinde. Sa paroi épaisse d'un millimètre est résistante. L'intérieur de la poche est sillonné de travées fibreuses, circonscrivant des alvéoles largement ouvertes, et rappelle de façon remarquable la face interne des oreillettes.

La pathogénie de cet angiome pseudo-kystique peut se résumer de la façon suivante : L'enfant présentait depuis sa naissance un angiome dont le siège, la contiguité avec la jugulaire, etc., permettent d'affirmer l'origine fissuraire,

Cet angiome est resté stationnaire jusqu'à ce que l'enfant, accomplissant un travail hors de proportion avec sa force physique fut amené à faire des efforts continus et répétés. Sous l'influence de l'effort, la pression sanguine de la tête et du cou s'accroît. L'angiome commence à augmenter de volume. Mais cette expansion n'est point purement passive. La forte capsule de ce pseudo-kyste, est constituée par du tissu jeune et vasculaire, qui, comme l'a montré Virchow, bien loin d'arrêter la marche de l'angiome, facilite au contraire sa progression.

Ainsi comprend-on qu'en quelques mois l'angiome ait pris les dimensions que nous avons vues.

On a d'ailleurs observé des cas où la tumeur plus volumineuse avait occasionné des désordres considérables. Dans un cas de Volkmann, la tumeur occupait tout un côté de la région cervicale, elle s'étendait en profondeur jusqu'au pharynx, et en hauteur jusqu'à la base du crâne ; on voyait par la bouche entr'ouverte les parois antéro-latérales du pharynx soulevées.

Dans un autre cas d'Israël, les jugulaires, les carotides et le pneumo-gastrique et le grand sympathique étaient refoulés en avant et en dehors ; l'angiome s'élevait jusqu'au trou déchiré postérieur et avait engendré divers troubles nerveux ; l'opération n'y remédia qu'en partie, à cause des adhérences de la tumeur avec le sympathique qu'il fallut réséquer et avec les nerfs du trou déchiré postérieur, qui furent tiraillés. Il en résulta des phénomènes parétiques du côté de l'épaule et des troubles vaso-moteurs du côté de la face. Le volume de ces poches pseudo-kystiques peut atteindre, comme dans le cas de Luigi Monti, le volume de la tête de l'enfant qui en était porteur. La pression sanguine à l'intérieur du kyste est très variable. Tantôt elle est exactement celle de la jugulaire, et de larges anastomoses font communiquer la poche et le gros tronc veineux (Reclus). Tantôt au contraire, la pression est beaucoup plus considérable. Elle est cependant rarement aussi marquée que dans notre cas. Nous avons vu en effet, à deux reprises, la ponction de la poche donner un jet de sang noir à plus d'un mètre de distance. On a donc eu tort de mettre en doute le cas de Lamorier, cité par Boyer, où une simple piqûre faisait jaillir le sang à deux pieds de distance.

M. Gaudier a observé un énorme angiome caverneux du pavillon de l'oreille se prolongeant au delà du sillon du digastrique.

M. Oui demande si l'angiome communiquait avec la jugulaire interne.

M. Potel répond négativement. M. Reclus cite une observation où cette communication existait, mais où la réduction s'accompagnait d'accidents syncopaux.

L'étranglement des molluscum pendulum

M. Potel présente un molluscum pendulum de la vulve gros comme une petite mandarine. Cette tumeur enlevée chez une femme de 45 ans, n'avait quelques jours auparavant que le volume d'un pois. Suivant le procédé empirique généralement employé, elle plaça un fil à la base pour étrangler le pédicule. Le molluscum commença à augmenter de volume rapidement si bien que la malade épouvantée vint nous demander de la débarrasser.

L'extirpation fut d'ailleurs des plus faciles. Section de la base au thermocautère Ce mode d'étranglement par un fil est le plus communément observé ; parfois cependant il peut se faire spontanément par torsion du pédicule. M. Potel présente le dessin d'un de ces molluscum ayant acquis, par ce mécanisme, en deux jours le volume d'une grosse noix.

L'augmentation rapide du volume est due à un œdème considérable, dissociant et écartant les fibres conjonctives. L'hydratation se manifeste parfois de façon plus apparente sous forme d'une petite collection séreuse sous-épidermique.

Cependant les lésions ne sont point toujours ni aussi simples ni aussi bénignes que cette sorte d'apoplexie séreuse. Nous avons pu suivre une malade qui, après la ligature d'un fibro-pendulum de la fesse vit se développer un sarcome d'abord localisé, mais qui, malgré une large intervention se généralisa rapdiment et finit par emporter la malade.

M. Charmeil cite la fréquence de production du molluscum, à la vulve.

Polype fibreux nasopharyngien

MM. Gaudier et Arquembourg présentent la pièce macroscopique et les préparations microscopiques d'un polype nasopharyngien qu'ils ont enlevé le 26 mars 1906 à la clinique chirurgicale infantile, La particularité est l'âge du sujet ; il s'agit d.un enfant de douze ans qui lors d'une première intervention n'avait que dix ans et demi ; les faits de cet âge sont exceptionnels, car ce n'est guère qu'à partir de quinze ans que l'affection s'observe habituellement.

Un deuxième point intéressant, c'est l'existence d'une récidive.

En effet l'histoire clinique du petit malade est la suivante :

Il nous est amené la première fois le 20 juillet 1904 avec une tumeur assez saignante remplissant le nasopharynx ; cette tumeur avait refoulé le voile du palais et fait son apparition au-dessous du bord libre du voile. Ses prolongements remplissaient les fosses nasales, affleurant à la narine droite et le sinus maxillaire du même côté. Le début de l'affection remontait loin et les troubles avaient été progressifs. Actuellement, la respiration était fort gênée, la déglutition des aliments solides presque impossible.

L'état général était mauvais, l'enfant s'amaigrissait notablement,

Le 26 juillet 1904, après anesthésie chloroformique, et dans la position de Rose, M. Gaudier tentait l'ablation par les voies naturelles, mais le volume de la tumeur, ses prolon-

gements, malgré l'incision du voile du palais membraneux, le forcèrent à reséquer le maxillaire supérieur droit.

Par cette large brèche et au moyen des rugines de Doyen on put assez facilement arriver sur son implantation basilaire et l'enlever. Ayant conservé toute la muqueuse palatine, on répara immédiatement la brèche buccale et l'enfant sortit guéri au bout d'une dizaine de jours : une pièce de prothèse remplaçait le maxillaire absent. Le malade est revenu le 23 mars 1906 avec une récidive, le voile du palais était distendu par une masse tellement saignante que l'on pensa à du sarcome. L'enfant fut réopéré le 26. Anesthésie chloroformique, position de Rose, section du voile du palais sur la ligne médiane, le pédicule de la tumeur difficile à délimiter s'implantait dans le *sinus sphénoïdal* et sur le *corps du sphénoïde*.

Arrachement en le saisissant avec de fortes pinces de Museux. Tamponnement, restauration du voile du palais.

Aujourd'hui 13 avril, le malade est complètement guéri.

L'examen de la pièce a été fait par M. Dubus. Pesant soixante-sept grammes, la tumeur est microscopiquement constituée par un tissu homogène blanc criant à la coupe, analogue à ce qu'on observe dans les fibromes, la partie périphérique seule est moins consistante et parait plus vasculaire. A l'examen histologique on trouve de gros trousseaux fibreux au niveau du pédicule, dans les régions périphériques, gros développement de tissu fibreux et nombreux vaisseaux.

On ne trouve pas trace de cellules de sarcome.

Sur un cas de méningite polymicrobienne à bacilles de Koch et à diplocoque

M. Deléarde lit l'observation relative à ce cas (a été publié).

Luxation récidivante sterno-claviculaire droite

M. Gaudier. — Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, scoliotique très prononcée (à convexité droite) qui sans traumatisme, sans efforts, vit se produire, il y a cinq ans, la luxation interne de la clavicule. Cette luxation se produit à chaque élévation du bras droit, et s'exagère quand à l'élévation, s'ajoute la rotation en dedans. C'est une variété préternale complète, en *touche de piano*, très mobile, sans modifications appréciables de la forme ou du volume de l'os.

La malade n'en souffre pas, et cela ne la gêne en rien dans ses mouvements, car cette luxation est absolument et a toujours été indolore.

Ce sont là des faits très rares, pas signalés dans les traités cliniques,mentionnés dans un récent article de Redard (*Revue d'orthopédie*, 1905) et que l'on peut abserver en dehors de tout traumatisme, chez des jeunes filles présentant des malformations thoraciques, cyphose, scoliose. C'est le deuxième cas qu'a observé M. Gaudier : le premier ayant trait à une jeune fille atteinte de mal de Pott dorsal guéri, avec cyphose curatrice.

Le traitement est simple (contention par un appareil, après réduction) ou compliqué — résection d'une tête trop volumineuse, suture osseuse (Forgues) ou arthrodèse (Redard) — avec résultats peu brillants.

M. Charmeil discute l'influence de la scoliose sur la laxité ligamentaire.

M. Oui pense que ces deux malformations sont de même cause.

Cubitus valgus et laxus traumatique

M. Gaudier présente un enfant de huit ans entré dans son service pour un traumatisme du coude (fracture de l'épitrochlée) et traité par le massage et la mobilisation précoce (quatrième jour). Résultat parfait comme fonctions. mais difformité et laxité ligamenteuse considérable, le valgus est dû à la descente du fragment interne qui refoule l'avant-bras en dehors.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le troisième **congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine** tiendra ses assises, aux vacances de Pâques 1907, sur la Riviera française (portion comprise entre Hyères et la frontière Italienne) et en Corse.

Les séances auront lieu à Cannes, à Monaco, à Menton et à Ajaccio ; mais toutes les villes et stations du Littoral Méditerranéen et de la Corse sont inscrites dans le programme : Cannes, Nice, Monte-Carlo, Menton, Hyères, Antibes, Grasse, St-Raphael, Juan-les-Pins, Beaulieu, le Cap-Martin, Thorenc, etc, etc.

Le congrès durera environ une semaine sur la côte française ; il se terminera en Corse.

Questions a rapport :

Les maladies chroniques de l'appareil respiratoire sur la Riviera francaise, et en particulier à Cannes et dans la région de Cannes ; rapporteur : M. le Dr Chuquet, de Cannes.

Les adénopathies et les tuberculoses locales à Cannes ; rapporteur : M. le Dr Bourcart de Cannes.

Les maladies nerveuses sur le Littoral Méditerranéen ; rapporteur : M. le Dr Sauvage, de Cannes-le Cannet, — question annexe : traitements électrothérapique dans ces maladies, *sur le Littoral* ; rapporteurs : MM. les Drs Bonnefoy et Josserand, de Cannes.

L hygiène à Menton ; rapporteur : M. le Dr Tartarin, de Menton.

Les poussières des routes sur le Littoral Méditerranéen ; rapporteurs : M. le Dr Chaboux, de Menton et M. le Dr Gugglielminetti, de Monte-Carlo.

BIBLIOGRAPHIE

NOUVEAU TRAITÉ DE MEDECINE ET DE THERAPEUTIQUE, Publié en fascicules sous la direction de MM. P. BROUARDEL et A. GILBERT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. *Vient de paraître* : STREPTOCOCCIE, STAPHYLOCOCCIE, PNEUMOCOCCIE, COLIBACILLOSE, par F. WIDAL, J. COURMONT, L. LANDOUZY et A. GILBERT. (Librairie J-B. BALLIERE et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le *Traité de médecine et de thérapeutique* des professeurs BROUARDEL et GILBERT avait à peine terminé sa publication, que les progrès de la science rendirent utile une nouvelle édition. Les éditeurs et les auteurs, qui mettent à la faire paraître tout le soin et toute l'activité désirables, ont été bien inspirés en changeant le mode de division des volumes. Les gros livres de la première édition n'avaient pas seulement l'inconvénient de leur poids. Le nombre des articles qu'ils contenaient, dont beaucoup étaient d'auteurs différents, augmentait les causes de retard à leur apparition, rendait plus difficile l'exposé nouveau d'une question transformée par une acquisition récente de la sicence.

Cette nouvelle édition paraît en fascicules séparés, ayant chacun leur titre, leur pagination propre, leur table des matières. Chacun se vend séparément et constitue un tout complet. Dix fascicules ont paru jusqu'ici.

Le fascicule X est consacré à la *Streptococcie, Staphylococie, Pneumococcie* et *Colibacillose*.

Le streptocoque, saprophyte vulgaire de notre surface cutanée et surtout de nos cavités naturelles, peut, comme les staphylocoques, le pneumocoque, le colibacillose, relever incessamment sa virulence, et, à l'état isolé ou d.association, pénétrer plus ou moins profondément dans l'économie pour y déterminer les désordres locaux ou généraux les plus variés.

La connaissance de ces microbes nous permet donc d'embrasser aujourd'hui, dans un coup d'œil d'ensemble, une série d'actes morbides dont les rapports échappaient pour la plupart à nos devanciers. Là où ils avaient pressenti des affinités morbides, la bactériologie et synthèse est d'un intérêt capital, tant au point de vue de la microbie et de la pathologie générales que de l'étiologie et de la prophylaxie.

Après une étude d'ensemble de *l'infection streptococcique*, M. F. WIDAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, décrit avec clarté *l'erysipèle* qui est le type des maladies à streptocoques.

M. J. COURMONT, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, fait l'étude du *Staphylocoque pyogène* et de la *Staphylococcie*. Enfin, MM. LANDOUZY et GILBERT, tous deux professeurs à la Faculté de médecine de Paris, étudient l'un la *Pneumococcie*, l'autre la *Colibacillose* et les *Paracolibacilloses*.

Il n'était pas possible, pour des questions aussi neuves et aussi difficiles, de trouver des collaborateurs plus autorisés.

LA MÉDECINE CHEZ LES GRECS AVANT HIPPOCRATE (460 AV. J.-C.), par le Dr MOLLET.

L'auteur qui avait fait paraître il y a deux ans un opuscule fort remarqué sur *Rabelais clinicien*, vient d'entreprendre l'étude d'une période infiniment moins connue, au point de vue médico-historique, que l'époque de la Renaissance. Des aperçus pleins d'originalité sur les dieux olympiens, une analyse serrée des symptômes morbides présentés par les héros et le demi-dieux des âges fabuleux, l'épilepsie d'Hercule, les fureurs d'Oreste déchirent bien des voiles dont la mythologie se trouve obscurcie. Puis ce sont des appréciations fort justes sur la méthode thérapeutique générale des médecins primitifs, des devins et des magiciennes : Esculape, Mélampe, Chiron, Circé, Médée, Homère, Hésiode et les poetes lyriques des premiers âges sont largement mis à contribution et fournissent à l'auteur une fructueuse et curieuse moisson de ces extraordinaires recettes pharmaceutiques dont les Grecs de l'âge héroique furent si abondamment pourvus.

La partie la moins attrayante de l'ouvrage n'est certes pas celle où nous assistons au traitement et à la guérison des malades et des blessés dans les temples d'Esculape sous le couvert de la religion. L'exercice de la médecine privée, l'institution des médecins publics l'enseignement médical dans les écoles, la législation hygiénique de Lycurgue, les causes du développement de la pédérastie et de l'homosexualité, la médecine dans les gymnases, la pratique des accouchements et des avortements, sont autant de sujets d'études qu'on trouvera dans ce volume.

Enfin, un exposé et une critique des théories médicales soutenues par les philosophes et les médecins grecs antérieurs à Hippocrate c'est-à-dire à l'an 460 avant J.-C. (Pythagore, Epicharne, Démocède, Alcméon, Empèdocle, Diogène, Démocrite, etc...) complètent cet ouvrage d'une documentation très nourrie, que termine une bibliographie étendue.

N° 489. Dixième Année. N° 21. Le Numéro : 10 centimes 27 Mai 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Œdème aigu angioneurotique (Maladie de Quincke)

par le docteur **Lemaire**, de Dunkerque (1)

ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Les cas d' « œdème aigu angioneurotique, appelés encore, faute de pouvoir leur assigner une meilleure place nosologique « œdèmes aigus essentiels, maladie de Quincke », sont assez rares pour qu'il ne soit pas inutile d'en publier les observations. COLLINS, en 1892 n'en avait recueilli que 75 cas, connus depuis la description princeps de Quincke en 1882. Depuis ce temps, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet. On en trouvera mentionnée une grande partie dans une revue générale récente de la *Gazette des Hôpitaux* (1). Néanmoins, beaucoup d'obscurité entoure encore cette question. Petit à petit, en colligeant les faits observés, on arrivera sans doute à dégager un type net, et à déterminer la nature de cette curieuse affection. C'est cette considération qui m'a engagé à faire connaître le cas suivant, intéressant, parce que l'œdème s'est produit avec une rapidité surprenante, à vue d'œil, pour disparaître de même.

Observation. — X..., 29 ans, industriel, est de souche nettement arthritique. Son père qui a joui, jusqu'ici, d'une excellente santé, est atteint depuis quelque temps de glycosurie légère, sa mère est très nerveuse. — Six sœurs bien portantes.

Lui-même n'a jamais eu de grande maladie, et n'a aucune tare pathologique. Depuis longtemps, ses digestions sont difficiles; le moindre écart de régime est mal supporté. Il présente de plus, une teinte subictérique chronique, et répond bien à ce type de dyspeptique, décrit par Hayem sous le nom d'ictère chronique dyspeptique.

Le 10 janvier 1906, à table, il éprouve subitement

(1) Mémoire de candidature de membre correspondant de la Société centrale de médecine du Nord (Séance du 25 mai 1906).

(1) ARMAND et SAVORNAT. — La maladie de Quincke, *Gazette des Hôpitaux*, 8 avril 1905.

une douleur aiguë dans le bras et l'épaule droite, et bientôt les mouvements de l'articulation sont impossibles, comme s'il y avait une arthrite aiguë. Deux heures après tout était terminé. Les jours suivants, il éprouva dans le genou une douleur analogue qui disparut de même. Le diagnostic était difficile, ce n'est que par la suite qu'il put être posé. Le 22, à son réveil, il lui est presque impossible d'ouvrir l'œil gauche. Les paupières sont très œdématiées, la fente palpébrale très étroite. L'œdème est très limité, de consistance ferme, indolore, sans rougeur des téguments, n'empiétant ni sur le front ni sur la joue. Pas de phénomènes généraux (aspirine, 2 gr., jus de citron). Le lendemain l'œdème a presque disparu, mais l'œil droit se prend à son tour. J'ordonne à nouveau de l'aspirine (3 gr.). Le 24, au soir, il n'y paraissait plus rien.

La seconde atteinte survient quatre jours après, beaucoup plus typique: le 28, il se réveille comme d'habitude, et dans la rue, par un froid assez vif, à neuf heures du matin, commence à éprouver une gêne (sensation de corps étranger), derrière la commissure labiale droite. Un quart d'heure après la moitié droite de la lèvre supérieure est œdématiée, énorme. Sous mes yeux, le côté gauche se prend à son tour : une demi-heure après, la lèvre est prise en totalité. La lèvre est proéminente, éversée; l'œdème s'est développé aux dépens de la muqueuse. Le tout sans douleur, ni fièvre. Il n'y a que de la gêne fonctionnelle. Petit à petit, l'empâtement gagne jusqu'à la racine du nez et empiète un peu sur la joue, il est limité par un bourrelet très visible, et surtout net au palper : à midi l'œdème de la lèvre a presque disparu, le bourrelet qui soulève la peau de la joue est à peine sensible au doigt. Mais à une heure du soir, la lèvre inférieure se prend à son tour à gauche, puis à droite vers trois heures, encore une fois, aux dépens de la muqueuse. Il gagne jusqu'à la gouttière gingivo-labiale: le soir, tout était dissipé.

Environ un mois après, le 19 février, survient une troisième poussée, cette fois au bras droit.

Débutant à une heure et demie au poignet droit, le gonflement s'étendit jusqu'au milieu de l'avant-bras, toujours sans douleur, ni changement de coloration des téguments. Le soir, tout gonflement avait disparu.

Depuis ce temps, il n'a eu qu'un œdème symétrique des éminences thénar, caractérisé surtout par de la gêne fonctionnelle.

Jamais de prurit, ni d'exanthèmes, ni pétéchies.

Les urines examinées ne contiennent aucun élément anormal.

Le titre d'œdème aigu migrateur (2) convient parfaitement à ce cas. Mais cela ne nous dit rien de la nature de cette affection. Aussi le diagnostic étiologique demande-t-il à être discuté.

Nous pouvons éliminer d'emblée les *œdèmes partiels chroniques:* le *trophœdème* de MEIGE, les *œdèmes segmentaires* de DEBOVE (3) qui envahissent tout un membre ou un segment de membre, jusqu'à prendre des proportions colossales. Ce sont de plus, des affections à marche extrêmement lente et progressive : un des malades présentés par DEBOVE en 1902, était atteint depuis 1897, et l'auteur qualifie son cas de maladie incurable sur laquelle nos moyens thérapeutiques n'ont aucune prise. D'ailleurs dans ces cas la face n'est jamais atteinte. Je n'en ai du moins pas trouvé d'observations.

Les traumatismes peuvent produire des œdèmes par compression des tissus ou irritation des filets nerveux. On connaît la classique expérience de RANVIER inutile d'insister. L'œdème dur de la main, si tant qu'il existe comme entité morbide (4), rentre dans cette catégorie. Gobel (5) a cité un œdème angioneurotique du bras, par irritation des filets nerveux, consécutive à la présence d'un corps étranger dans le poignet: mais cela ne va pas sans s'accompagner de douleurs, et d'élévation de température. Cet auteur a réuni une centaine de cas de ce genre. On peut se demander, d'ailleurs, s'il n'y a pas là une inflammation atténuée, n'allant pas jusqu'à la suppuration. Dans le même ordre d'idées, citons pour mémoire les œdèmes obstétricaux, et notamment l'œdème de la cornée chez le nouveau-né, à la suite d'application de forceps (6). Dans toutes ces observations, il y a eu traumatisme: ici, rien de tout cela.

(2) MORICHAU-BEAUCHANT et LANDRY. — Œdèmes aigus migrateurs et récidivants de la peau et du tissu cellulaire. *Arch. Méd. du Poitou*, janvier 1906.

(3) DEBOVE. — Œdème segmentaire, *Presse Méd.* 1902, p. 510.

(4) MARTIN et GODLEUSKI. — *Arch. génér. de Médec.*, 27 février 1906.

(5) GOBEL. — Œdème angineurotique du bras et de la main consécutif à une place de l'avant-bras. *Assoc Silésienne pour l'avanc. des sciences*, 3 novembre 1905.

(6) FEGER. — Œdème de la Cornée chez le nouveau-né. *Centralbl. fur freckt Angenheilkund*, 1904, p. 295.

Quittons donc le domaine chirurgical, pour arriver aux affections médicales.

Il est une dermatose qui peut donner le change: c'est l'*urticaire*. L'erreur a souvent été commise, et récemment Ward (7) publiait encore un cas d'érythème solaire et d'urticaire simulant un œdème angioneurotique. Mais l'urticaire s'accompagne de prurit, rougeur, chaleur et ses caractères objectifs sont suffisamment tranchés.

Certains *médicaments* peuvent produire des œdèmes. L'iodure de potassium, en particulier, possède cette propriété. Des aliments toxiques (huîtres, moules, etc.), causent parfois des œdèmes, limités au voile du palais et à la luette. Notre malade n'avait ingéré ni médicaments, ni aliments suspects.

Chez les *Brightiques*, outre l'œdème généralisé bien connu, on a observé des œdèmes partiels. Gandy (8) en signalait un fait récemment à la Société médicale des Hôpitaux. Notre malade ne présente aucun signe de cette affection. Rubens (9) a relevé un cas d'œdème aigu circonscrit, accompagnant les crises d'albuminurie orthostatique. Or, nous avons dit plus haut, que les urines examinées par nous, ne présentaient aucun élément anormal. Eliminons aussi les œdèmes des *cardiopathies* et des maladies infectieuses (grippe, typhoïde, etc.). Il nous reste à envisager la question du *rhumatisme*. Nous y reviendrons longuement plus loin.

Auparavant, il nous faut encore éliminer une dernière classe d'œdèmes: les *œdèmes nerveux*. On les a signalés au cours d'affections nerveuses chroniques les plus diverses : maladie de Basedow, hémiplégie, paralysie générale, sclérose en plaques, myélites, etc. Ce sont des œdèmes de longue durée, survenant au cours de maladies bien caractérisées, le plus souvent chez des cachectiques. Le pseudo-œdème catatonique (10) n'a rien à voir ici.

(7) Ward. — Erythème ét urticaire simulant un œdème angioneurotique, et dus à la simple exposition aux rayons de soleil. *New-York Médec. Journ.*, 15 avril 1905.

(8) Gandy. — *Société médicale des Hôpitaux*, 16 mars 1906 (Discussion).

(9) Rubens. — Cas d'œdème aigu circonscrit avec albuminurie orthostatique. *Munch. méd. Woch.*, 2 mai 1905.

(10) Dide. — Pseudo-œdème catatonique. Soc. Neurol. 5 nov. et 3 déc. 1903.

En ferons-nous enfin des œdèmes hystériques? Certes, il y a des médecins qui voient l'hystérie partout, mais cela ne leur sert le plus souvent qu'à cacher leur ignorance. Hystérie et neurasthénie sont deux étiquettes commodes, quand on ne sait pas faire un diagnostic précis. D'ailleurs, les œdèmes hystériques sont presque toujours des œdèmes segmentaires fixes, de longue durée, disparaissant par la suggestion (11), et ne survenant surtout que chez des malades présentant des stigmates hystériques nets. Et il faudrait y mettre beaucoup de bonne volonté pour faire de notre malade un hystérique ou un neurasthénique.

Nous nous trouvons ainsi amenés à faire le diagnostic de maladie de Quincke, ou œdème aigu angioneurotique.

Nous avons retrouvé dans notre observation, tous les caractères assignés par Quincke d'abord, puis par Mendel, Apert (12), etc., à cette affection. C'est d'abord l'âge du malade (d'après Collins, le maximum de fréquence se montre autour de 27 ans), le sexe masculin, puis la rapidité d'apparition de l'œdème, sa mobilité, sa fugacité, et enfin ses caractères objectifs: œdème, ne s'accompagnant pas de douleurs, ni de changement de coloration des téguments, jamais pétéchiel, évoluant sans fièvre, ni malaise et surtout atteignant les muqueuses, comme cela s'est présenté très nettement dans le second accès.

Reste le caractère familial et héréditaire: mais s'il est accusé dans les observations de Mendel, d'Osler, de Delille et Apert, par contre dans beaucoup d'autres, il n'est pas mentionné. De plus, nous ne pouvons rien présager pour l'avenir.

Nous nous arrêterons à ce diagnostic.

Il nous faut cependant aller plus loin. Ce terme d'œdème angioneurotique, n'indique qu'une modification temporaire du côté des nerfs vaso-moteurs : probablement, une paralysie des vaso-constricteurs, — à moins que ce ne soit une excitation trop forte des vaso-dilatateurs: l'expérimentation, en effet, a permis de reproduire des œdèmes locaux, en agissant sur ces nerfs. Mais cette action vaso-motrice, de qui dépend-elle? Là est le problème.

Si elle était d'origine nerveuse centrale, l'œdème serait systématisé, selon un ou plusieurs métamères, comme dans le zona, de plus, il semblerait devoir être

(11) Apert. — Nosologie des œdèmes essentiels, Soc. méd. hôp., 9 décembre 1904.

(12) Davaine. — Thèse Paris 1879.

plus persistant, et se reproduirait aux mêmes endroits. Or, ils sont essentiellement migrateurs, peuvent être unis ou bilatéraux, atteindre à la fois deux régions éloignées, toucher aussi bien un organe profond, comme le larynx, qu'une muqueuse, ou le tissu cellulaire sous-cutané, etc.

Admettre une affection « dynamique » du système nerveux, n'est pas une explication. C'est s'arrêter *sine ratione*. Il faut aller chercher plus loin.

Ce qui a frappé nombre d'auteurs, est la coïncidence de ces œdèmes avec le rhumatisme, ou leur apparition chez des sujets nettement arthritiques. Et par rhumatisme, il faut entendre non seulement le rhumatisme aigu franc, mais toutes ses manifestations larvées.

De là est née la théorie rhumatismale. Elle a été soutenue par DAVAINE (1879), MATHIEU et VEIL (1884-1885), TROUSSEAU (1902), etc.

POTAIN avait bien décrit l'œdème rhumatismal. Ses travaux n'ont pas encore été contredits. Depuis longtemps on a signalé l'existence, de nodosités rhumatismales éphémères: FRORIEP, JACCOUD, FERCOL, CHODOROWSKI (13), VULPIAN, MEYNET, JOSIAS (14) les ont étudiées. Ces nodosités variables comme volume (depuis celui d'une lentille à la taille d'une noisette), qui siègent de préférence au voisinage des articulations, à la biopsie, ne présentent que de l'œdème, du tissu cellulaire. Elles disparaissent très rapidement. Dans un cas que j'ai pu observer dans le service du Dr Netter en 1903, elles accompagnaient une chorée, avec endocardite chez un enfant qui n'avait jamais présenté d'arthrite rhumatismale.

N'y a-t-il pas une analogie entre les œdèmes fugaces et ces nodosités éphémères? On l'a soutenu. Certes, comme le dit WIDAL, dans son article du *Traité de médecine*, « on a pris l'habitude de considérer trop facilement comme de nature rhumatismale tout œdème sous-cutané généralisé ou partiel, ne faisant pas sa preuve ». Mais dans bon nombre de cas de maladie de QUINCKE, on a eu de bonnes raisons pour affirmer cette nature.

TROUSSEAU, qui en sa qualité d'ophthalmologiste n'a eu à observer que des œdèmes des paupières (15), les met nettement sur le compte de rhumatisme. Selon lui « pour la plupart des cas d'œdèmes dits idiopathiques des paupières, l'origine arthritique, rhumatismale ou goutteuse semble évidente. Le second cas de GALLIARD, où on voit la succession de manifestations infectieuses, pseudo-rhumatisme, érythème, purpura, puis de l'œdème des paupières vient à l'appui de cette théorie. Un des cas de TROUSSEAU est plus démonstratif encore. Un rhumatisant présente un œdème indolent, apyrétique énorme de la paupière droite, qui dure 48 heures. Trois jours après, survient une crise de rhumatisme aigu. En trois ans l'œdème reparaît cinq fois, et trois fois, il fut suivi d'une attaque rhumatismale.

Le même auteur cite encore quatre cas aussi frappants, et en rapporte un autre dû à ANDRIEUX, où l'œdème survenait sans cause chaque mois, chez une jeune fille de dix-sept ans, et cela depuis l'âge de cinq ans.

Personnellement, il m'a été donné d'observer le cas suivant: un militaire est pris brusquement, sans raison, d'œdème des deux paupières supérieures. Elles formaient deux poches tendues, pas douloureuses, ne s'accompagnant que d'une secrétion lacrymale exagérée. L'œdème disparut en trois jours. Quatre mois après, survint une atteinte de rhumatisme articulaire, subaigu des deux genoux. Il faut voir là plus qu'une coïncidence.

Dans l'observation que j'ai relatée plus haut, jamais il n'y eut de rhumatisme aigu franc, mais souvent des douleurs articulaires. Ce qui frappa le plus mon malade, fut cette douleur subite dans l'épaule, avec impossibilité de faire un mouvement. Le diagnostic qui eût été impossible à faire en ce moment, s'éclaira pas la suite. N'est-il pas rationnel d'admettre qu'il eut alors une poussée fluxionnaire brusque et fugace, dans l'articulation et les tissus périarticulaires, poussée de même nature que les œdèmes palpébraux, buccaux, etc., que nous pûmes observer?

L'action merveilleuse de l'aspirine, déjà signalée par MENDEL, en 1902, quoique avec une autre interprétation, ne peut-elle être donnée comme preuve de la nature rhumatismale de l'œdème de QUINCKE? Ce serait ici l'occasion d'appliquer l'adage ancien : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* »

Il y a lieu de remarquer encore que presque toujours la maladie de QUINCKE, se produit en hiver, et dans les régions où le rhumatisme est fréquent,

(13) CHODOROWSKI. — Thèse Paris 1892.
(14) JOSIAS. — *Médecine Moderne*, 1898.
(15) TROUSSEAU. — Œdème arthritique des paupières, *Presse Méd.* 1901, p. 105.

comme dans le Nord — sous toutes ses formes, que les observations européennes se rapportent presque toutes à des hommes, alors qu'en Amérique, Collins les a surtout rencontrées chez des femmes, faisant remarquer que le rhumatisme est plus fréquent dans ce sexe, au Nouveau-Monde.

Certes, comme l'a bien dit Apert, la maladie de Quincke, doit être distinguée de la péliose rhumatismale qui procède par poussées uniques, n'est pas héréditaire, subit les influences saisonnières, est accompagnée de phénomènes généraux, fièvre, courbature, état gastrique, douleurs rhumatoïdes, présente des tuméfactions fixes, souvent colorées, avec suffusions sanguines, poussées d'érythème papuleux et de purpura et surtout n'atteint pas les muqueuses. Mais, de ce fait, qu'il n'y a pas identité entre ces affections, est-on obligé de rejeter la nature rhumatismale de l'œdème angioneurotique? Ne peut-il s'agir de deux modalités différentes d'une même affection ? Il y a bien des manifestations rhumatismales non douteuses, sans purpura, exanthèmes, etc. C'est l'opinion déjà soutenue par Mathieu et Veil en 1884 : « Il n'y a pas de limites entre ces cas et ceux où on trouve du purpura, de l'érythème noueux, des plaques d'érythèmes papuleux, ecchymotiques, dans lesquels en un mot, on diagnostique la péliose rhumatismale. » Néanmoins, cette explication n'a pas contenté nombre d'observateurs qui ont cherché ailleurs la raison de ces faits : ils ont créé la théorie toxique qui en englobe deux : celle de l'auto, celle de l'hétéro-infection.

Dans nombre d'infections générales comme la grippe, la fièvre typhoïde, on a rencontré des œdèmes partiels, en dehors bien entendu de toute artérite ou phlébite. Au cours de l'infection puerpérale le Professeur Budin (16) a signalé des œdèmes segmentaires. D'autre part, Lop a observé au début de la grossesse des œdèmes des paupières et de la main (17). Il les considère comme des signes précoces d'auto-intoxication gravidique, par suite de la double insuffisance hépato-rénale, qui trouble l'élimination des toxines, et cause une véritable toxhémie. Un auteur anglais a de même signalé des œdèmes aigus des lèvres, du col utérin, pendant la grossesse, par suite de coprostase (*Semaine médicale* 1905, p. 245). Helver (18), décrit de même un œdème aigu intermittent de la lèvre antérieure du col utérin, chez une femme enceinte de trois mois.

En dehors du domaine de l'obstétrique, Galliard signale des œdèmes circonscrits à la langue (19). D'autres auteurs en ont signalé aux bras, aux mains, au larynx, etc. On pourrait multiplier ces exemples à l'infini. Dans tous ces cas, il n'est pas question de rhumatisme.

D'ailleurs, dans de nombreuses observations, de maladie de Quincke, on ne le retrouve pas. Par contre, les troubles digestifs, et les différentes intoxications, notamment l'alcoolisme sont souvent signalés. De là, la théorie de l'origine gastro-intestinale émise d'abord par Mendel. Elle se résume ainsi: les toxines produites par les fermentations intestinales, pénétrant dans la circulation agissent sur les nerfs vaso-moteurs et produisent un œdème sous l'influence de causes prédisposantes, telles que le froid.

Les observations de Mendel, Harrington (24), Zilocchi (25), Nordmann (26), Le Calvé, tendent à faire admettre cette explication. Mais il faut de plus, une prédisposition du système nerveux, ce qui explique le caractère familial trouvé dans quelques observations.

La théorie cadre bien avec l'expérience, Roger et Josué n'ont-ils pas déterminé des œdèmes par troubles neuro-vasculaires en mettant en liberté des toxines? D'autre part, elle est conforme avec ce qu'on note en clinique : on voit, en effet, les œdèmes se produire après l'ingestion de mets fermentés, conservés, ou

(16) Budin. — Œdème partiel dans l'infection puerpérale, *Soc. obs. de France*, 16 janvier 1902.

(17) Lop. — Œdèmes partiels de la grossesse, *Gaz. Hôp.*, 15 septembre 1903.

(18) Helver. — Œdème aigu intermittent de la lèvre antérieure du col utérin chez une femme enceinte de trois mois. *Mederl. Tijddschr.*, 2 septembre 1905.

(19) Galliard. — Œdème aigu de la langue, *Soc. Méd. des Hôp.*, 16 mars 1906.

(20) Ouvry. — Contribution à l'étude des œdèmes aigus familiaux, Th. Paris 1905.

(21) Halsjed. — Œdème circonscrit aigu des voies respiratoires supérieures. *Amér. Journ. of the med. sc.*, novembre 1905.

(22) Dufour. — Œdème hystérique, Soc. Neur., 3 juillet 1902.

(23) Raymond et Cestan. — Œdème hystérique, Soc. Neur., 9 juin 1901.

(24) Harrington. — Angioneurotic œdéma a case opereter repos during an abdominal crisis, *Boston Méd. and Surg-Journal*, 30 mars 1905.

(25) Zilocchi. — De l'œdème angioneurotique, *La Réforma Médicale*, 1905, p. 792.

(26) Nordmann. — Œdème aigu des paupières. Soc. médec. Lyon, 1 mars 1905.

indigestes, on les voit disparaître par l'antisepsie intestinale, où à la suite d'une débâcle intestinale naturelle ou provoquée, et être suivis par l'élimination urinaire de nombreux matériaux toxiques.

Aussi cette explication peut-elle être admise dans certains cas, comme la théorie rhumatismale doit l'être dans d'autres: l'origine de ces œdèmes ne serait donc pas univoque. Chez notre malade, habituellement dyspeptique, les crises n'ont pas été précédées d'exagération des phénomènes morbides intestinaux. Aussi est-il difficile de se prononcer en faveur de l'une ou l'autre théorie.

Nous nous arrêterons donc à cette conclusion: les œdèmes aigus, circonscrits, migrateurs, sont produits par une intoxication: soit auto-intoxication d'origine digestive, soit intoxication spécifique : le rhumatisme, le tout évoluant sur un terrain prédisposé, qu'il est convenu d'appeler neuro-arthritisme — l'ancien herpétisme de BAZIN, — une des diathèses encore admises par l'Ecole de Montpellier.

D'ailleurs, en admettant certaines idées modernes, il est possible de concilier les deux théories.

MM. GILBERT et P. LEREBOULLET, n'admettent-ils pas que le rhumatisme est d'origine digestive, que c'est une diathèse d'auto-infection (27) ?

De toutes les qualifications données à la maladie de Quincke deux seules, nous semblent donc devoir être conservées: suivant qu'on se ralliera à l'une ou à l'autre théorie, on les appellera, soit avec CRÉPIN, œdèmes neuro-arthritiques, soit avec LE CALVÉ, œdèmes aigus, toxiques névropathiques, — dénomination qui s'étend à un nombre plus considérable de faits.

L'avenir nous apprendra de quel côté doit pencher la balance.

(27) GILBERT et LEREBOULLET. — L'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu, *Presse méd.*, 16 janvier 1904.

(28) BAKHMANINOV. — Œdème névropathique chez un enfant, *Méd. Oboz.*, (LIXV, 17).

(29) VALOBRA. — Les œdèmes aigus et chroniques sous la dépendance du système nerveux. Rôle de la sécrétion lymphathique dans leur pathogénie, *Nouvelle icon. de Salpêtrière*, mars avril 1905.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 avril 1906

Présidence de M. NOQUET, président.

Sur le dosage de l'hémoglobine

Comparaison des méthodes colorimétrique de Hayem et de Fleischl avec le procédé ferrométrique de Lapicque.

MM. DEHON et DARRAS communiquent les résultats obtenus en dosant l'hémoglobine de cinquante sujets, tant normaux que malades, au moyen des deux procédés colorimétriques cliniques de Hayem et de Fleischl, par comparaison avec le procédé ferrométrique, plus rigoureux, de Lapicque (1).

Ces résultats montrent que :

1° D'une façon presque absolument constante — 49 fois sur 50 — les chiffres d'hémoglobine fournis par le procédé ferrométrique de Lapicque ont été supérieurs aux chiffres fournis par les deux méthodes colorimétriques.

2° D'une façon absolument constante — 50 fois sur 50 — les quantités d'hémoglobine trouvées par le procédé colorimétrique de Fleischl ont été supérieurs aux quantités trouvées avec l'hémochromomètre de Hayem.

3° L'écart entre les résultats obtenus par la méthode de Lapicque et celle de Hayem a été de 7 % chez les sujets normaux et de 5,6 % chez les malades.

4° L'écart moyen entre les résultats obtenus par la méthode de Lapicque et celle de Fleischl a été de 4 % chez les sujets normaux et de 3,75 % chez les malades.

5° L'écart moyen entre les résultats obtenus par la méthode de Fleischl et celle de Hayem a été de 3 % chez les sujets normaux et de 2,7 %, chez les malades.

L'inégalité des résultats obtenus par ces différentes méthodes donne lieu à trois ordres d'interprétations :

a) ou bien cette inégalité pourrait tenir à ce que la ferrométrie — qui exprime la totalité du fer hématique — dose non seulement le fer de la matière colorante, mais encore une importante quantité de fer que l'on pourrait *supposer* contenue dans le sérum et les globules blancs : or, l'on sait que la teneur en fer du sérum et des leucocytes est infinitésimale et incapable d'influencer la ferrométrie de façon appréciable...

b) ou bien elle pourrait tenir à l'existence d'une hémoglobine jeune — non colorée — *supposée* existante dans le sang, par certains auteurs, et dont la colorimétrie serait incapable de tenir compte, tandis qu'elle interviendrait dans

(1) Pour l'exposé détaillé de la technique expérimentale et le calcul des résultats, voir la thèse de Doctorat en médecine. G. DARRAS, Lille, 2 mars 1905.

la ferrométrie : or, cette hypothèse est restée indémontrée jusqu'à présent...

c) ou bien, enfin, elle tient à l'imperfection des procédés colorimétriques — Cette interprétation est la plus plausible et s'applique particulièrement au procédé chromométrique de Hayem : en effet, cette dernière méthode est très imparfaite, car les résultats qu'elle donne sont variables avec l'œil de l'aquarelliste auteur de l'échelle peinte ; avec l'œil de l'observateur ; avec l'état du ciel (Hayem) ; enfin avec le degré de dilution du sang examiné, ainsi qu'il ressort des présentes recherches.

L'hémométrie d'après Fleischl est, elle aussi, entachée d'erreur du fait de l'étalonnage, également empirique, de l'appareil. Toutefois, ce dernier est de beaucoup préférable au chromomètre de Hayem, car l'étalonnage est l'unique cause d'erreur que comporte l'appareil de Fleischl. Cette cause d'erreur est d'ailleurs invariable et les résultats obtenus avec un même hémomètre sont toujours égaux et comparables entre eux.

Les faits précédents :

1° établissent définitivement la supériorité de la ferrométrie sur la colorimétrie clinique : malheureusement la complexité relative du procédé de Lapicque en rend difficile l'utilisation pour les besoins très fréquents de la clinique.

2° montrent que l'on peut utiliser avec une sécurité suffisante, au lit du malade, l'hémomètre de Fleischl, tandis que l'on doit rejeter absolument l'échelle peinte de Hayem, en dépit de la trop grande simplicité de ce procédé.

Hypertrophie du cœur par insuffisance aortique. Enorme dilatation de la crosse de l'aorte chez un saturnin.

MM. *Breton* et *Minet* présentent à la Société un cœur dilaté et très hypertrophié, dont l'aorte, surtout au niveau de la crosse, a subi en totalité une dilatation telle que dans son diamètre moyen celle-ci atteint 8 centimètres. La pièce provient d'un malade hospitalisé dans le service de M. le professeur Combemale, et entré le 19 février dernier dans un état d'asystolie.

Le sujet, âgé de 36 ans, n'avait aucun antécédent infectieux connu ou décelable, et ses habitudes de tempérance le mettaient à l'abri du soupçon d'une intoxication alcoolique. Plombier par profession, et exerçant ce métier depuis 22 ans, il n'avait présenté aucun symptôme appréciable de saturnisme : pas de coliques, de paralysie, ni de tremblement et l'affection s'était révélée depuis plusieurs mois par des symptômes fonctionnels, dyspnée d'effort et vertiges, de plus en plus prononcés. A l'examen, on n'avait constaté ni liséré ni tatouage, mais l'attention était attirée par le dépôt d'un tophus au niveau de la face interne de l'articulation du genou gauche. Le souvenir de phases arthralgiques à répétition, l'absence de toute autre infection et intoxication nous avaient obligé à accepter le diagnostic d'intoxication professionnelle.

Les signes cliniques étaient ceux d'une insuffisance aortique avec ectasie de la crosse, ceux aussi d'une néphrite chronique.

Le malade est mort subitement, au milieu d'une crise douloureuse d'angine de poitrine, le 10 avril 1906. Le cœur est énorme, pesant 890 grammes, vide de caillots. L'orifice aortique est béant, les valvules recroquevillées, étant encroutées de plaques calcaires. L'aorte est dilatée depuis son origine, jusqu'à sa portion descendante ; la crosse est énorme et les vaisseaux qui en émergent sont béants. La face interne de toute cette portion est recouverte de plaques athéromateuses, molles et dont quelques-unes sont calcifiées, sans interstices de portion saine.

L'une des coronaires est rétrécie par une plaque calcaire dure. La friabilité des tissus artériels est très grande. L'artério-sclérose était d'ailleurs généralisée. Pas de péricardite, rien à noter aux organes thoraciques et abdominaux, sauf des reins en voie d'atrophie, mais dont la dégénérescence scléreuse interstitielle n'était qu'à la phase du début. Rien au cerveau.

L'intérêt de cette présentation réside surtout en l'évolution lente, mais progressive, de lésions dues à l'intoxication plombique et localisées à tout le système artériel. L'absence de signes habituels du saturnisme est un argument en faveur des dangers de l'imprégnation prolongée méconnue, mais indélébile de l'organisme par le plomb.

Symphyse cardiaque totale. — Thrombose de la veine cave supérieure.

MM. *Breton et Minet* montrent un cœur dont le péricarde est complètement adhérent aux parois. Ce cœur provient d'un enfant de 15 ans, décédé à l'hôpital de la Charité et ayant présenté de son vivant des signes de symphyse cardiaque, dont l'origine rhumatismale pouvait être soupçonnée. L'état des autres organes était celui d'un sujet mort en asystolie cardiaque.

Un des faits anatomo-pathologiques intéressants était une thrombose totale de la veine axillaire dont le caillot remontait au-delà de la sous-clavière et venait se terminer à l'effet d'un canon de fusil à l'embouchure de la veine cave supérieure dans l'oreillette droite.

Thrombose de la carotide interne.— Ictus.—Ramollissement précoce. Contractures immédiates. Déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté de la région.

MM. *Breton, Minet et Tramblin* montrent un cerveau provenant d'un individu ramassé sur la voie publique, sans connaissance, et transporté à l'hôpital de la Charité.

Les signes cliniques furent une hémiplégie droite avec aphasie, contracture immédiate du côté paralysé, enfin

une déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté opposé à la paralysie.

La mort survenue trois jours après, sans que le malade ait repris connaissance, n'a pas permis de reconnaître l'origine d'une thrombose débutant à l'origine de la carotide interne gauche et ayant supprimé toute irrigation du territoire vasculaire très étendu. L'hémisphère droit ramolli est infiltré aussi bien dans les zones corticale que centrale, par un liquide séreux, dans lequel nage la substance myélinique désagrégée. Les lobes frontal, pariétal et temporal sont ramollis, le lobe occipital semble respecté. L'intérêt anatomique réside dans l'étendue du territoire vasculaire supprimé, en la rapidité des lésions de désintégration, enfin en la recherche négative de l'origine de l'embolus. L'examen anatomopathologique complètera cette présentation.

L'intérêt clinique peut être trouvé en la contracture précoce, qui n'est pas absolument, comme le pensent certains auteurs, en rapport avec l'inondation ventriculaire.

Le cas présent montre qu'il suffit, comme le dit M. Grasset, que la lésion soit dans le voisinage des régions motrices et qu'elle irrite l'écorce grise, pour que la contracture précoce apparaisse.

Enfin, nous signalerons une infraction à la loi de Landouzy et Grasset ; bien que la lésion fut hémisphérique, l'individu regardait l'hémisphère lésé, et non son membre convulsé. Nous avons pu constater l'intégrité circulaire de l'artère vertébrale et de ses branches.

Tumeur cérébrale

MM. Breton, Minet et Tramblin présentent à la Société le cerveau dun homme, décédé dans le service de M. le professeur Combemale. La pièce anatomique est remarquable par son volume, le cerveau pesant 2 kilog. environ. Tout l'hémisphère droit augmenté de volume est infiltré par une tumeur paraissant vasdularisée, présentant des lacunes de désintégration, se confondant uniformément avec le tissu sain limitrophe, et s'étendant depuis la partie la plus antérieure du lobe frontal jusqu'en un point répondant à la scissure calcaire. Deux prolongements inférieurs atteignent la base du crâne, au niveau des bandelettes optiques. L'aspect extérieur répond, suivant le professeur Curtis, à celui d'un gliome. L'évolution de l'affection a pu être suivie près de deux ans. L'individu a présenté successivement une paralysie du moteur oculaire externe droit, qui a rétrocédé quelques mois, pour réapparaître bientôt ; des crises d'épilepsie jacksonienne gauche, crises qui n'ont pas tardé à se généraliser ; un sommeil profond, ininterrompu pendant 16 jours, s'est reproduit plusieurs fois ; enfin une perte complète de la vision. La mort qui s'est faite brusquement avait été précédée d'une période ayant duré un mois pendant laquelle le malade avait récupéré toutes ses fonctions intellectuelles obnubilées depuis longtemps. L'état physique lui-même s'était amélioré, et la guérison n'était entravée que par la non récupération du sens visuel.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien avait montré au moment où le sujet était plongé dans son sommeil prolongé, l'existence d'un sucre dextrogyre et MM. Vanstenberghe et Breton qui ont fait l'analyse et observé le fait clinique le rapprochent de celui que Giraudeau signale au cours du diabète.

L'examen histologique complètera plus tard cette présentation.

Insertion vélamenteuse du cordon

M. Pierre Paquet (de Douai). — J'ai l'honneur de présenter à la Société la photographie, réduite aux deux cinquièmes environ, d'un placenta, avec insertion vélamenteuse du cordon. Ce placenta a été extrait artificiellement le 19 avril 1906, chez une une primipare, deux heures environ après un accouchement à terme, par le sommet.

Le cordon est normal jusqu'à une distance de 16 c. m. environ du placenta. A ce niveau, les 2 artères ombilicales se réunissent, et ne forment plus qu'un seul tronc; 2 c. m. plus loin, soit à 14 c. m. de la partie la plus proche du bord placentaire, la veine ombilicale se divise en deux branches, qui forment entre elles un angle de 60° environ.

L'une de ces branches, un peu plus volumineuse que l'autre, se dirige vers la gauche, et pénètre dans le bord placentaire après un trajet de 17 c. m. (15 c. m. 1/2 en ligne droite). Elle se divise au moment où elle pénètre, et certaines de ses branches rampent à la surface de l'organe.

L'autre branche de la veine ombilicale, longue de 15 c. m. environ, descend presque directement et un peu à gauche. Au bout de 7 c. m., elle se bifurque, une branche externe continuant la direction primitive, l'autre, interne, descendant en dedans et à droite.

Cette dernière se subdivise encore, à mi-chemin, et elle forme avec les branches terminales de la précédente, un petit plexus veineux qui rampe à la surface du placenta avant d'y pénétrer.

L'écartement des deux points extrêmes des branches veineuses, au niveau du placenta, est de 10 c. m. 1/2.

Le tronc unique des artères ombilicales réunies longe pendant 6 c. m. environ la seconde branche de la veine, puis suit la branche interne de la subdivision de celle-ci. Elle se divise à 3 c. m. avant d'arriver au placenta, et forme un arc, en forme de demi circonférence.

Tous ces vaisseaux sont réunis le long des membranes de l'œuf, par une sorte de voile.

La délivrance naturelle ne s'était pas faite ; et la sage-femme qui avait pratiqué l'accouchement n'avait pas fait la moindre traction sur le cordon, le toucher lui ayant révélé une dissociation de ce cordon, qu'elle avait craint de rompre.

Kyste thyroïdien

M. Gaudier et Arquembourg présentent un kyste thyroïdien enlevé à leur consultation,il y a une quinzaine de jours. Du volume d'une grosse noix, faisant saillie à la partie antéro-inférieure du cou, s'élevant et s'abaissant avec le larynx, manifestement fluctuante, quoique très tendue, cette petite tumeur était vraisemblablement thyroïdienne.

Son développement a été progressif depuis plusieurs années.

Après l'incision de la capsule, le kyste s'énucléa assez facilement, quoiqu'il fût recouvert d'une mince lame de tissu thyroïdien très saignant.

Le kyste était développé aux dépens du lobe gauche ; mais il occupait la ligne médiane.

Guérison par première intention sans drainage.

On sait que la paroi interne de ces kystes est revêtue habituellement d'un épithélium cubique; dans le cas présent, l'examen microscopique n'a pas encore été fait.

Le développement exagéré des cavités de la glande donne lieu à ces grands goitres kystiques si communs dans les pays de goitreux.

Le traitement de choix consiste en l'énucléation qui peut être fort difficile par suite des adhérences que contracte la poche avec les organes voisins. Autant que possible, cette énucléation doit être sous-capsulaire; exceptionnellement on pratiquera la thyroïdectomie partielle quand l'énucléation sera impossible; le drainage capillaire et la ponction simple, l'ouverture large n'ont plus de raison d'être et leurs indications sont des plus limitées.

Moulages en gélatine

M. Gaudier et Arquembourg présentent un moulage d'un pied atteint de tumeur blanche tibio-tarsienne. Ce moulage offre cette particularité qu'au lieu d'être en plâtre il est en gélatine, ou plutôt en ce mélange mal défini avec lequel on fabrique la pâte des polygraphes; de tels moulages sont souples et incassables, ils constituent donc des documents qui peuvent passer entre les mains des élèves et être manipulés sans danger de casse.

M. Gaudier a rapporté ce procédé de Londres, où presque tous les musées ne comprennent que de pareils moulages; on peut colorer cette gélatine en rose et lui donner ainsi presque l'apparence des téguments.

La technique est très simple: on fait un premier modèle en plâtre et en creux de l'organe que l'on veut mouler et quand ce moule est sec,on y coule la gélatine fondue au bain marie, il faut une demi-heure pour que cette gélatine fonde et 24 heures pour qu'elle se solidifie complètement.

M. Le Fort se réserve de lire,à la prochaine séance, une formule de pâte chimique imputrescible pour moulage de jambes.

(A suivre).

Variétés & Anecdotes

Nos sujets tonkinois, dit la *Presse médicale*, sont jaloux des beaux rubans rouges, verts ou violets qu'ils voient à la boutonnière de leurs conquérants. Dernièrement, le gouverneur général de l'Indo-Chine visitait officiellement l'Ecole de médecine indigène d'Hanoï. Au cours de la visite du gouverneur, les plus anciens et les meilleurs élèves de chaque cours prirent la parole pour le remercier de l'honneur qu'il leur faisait et pour lui demander d'en laisser le souvenir matériel en dotant les étudiants d'un insigne qui permît de les distinguer des lettrés ordinaires ou des étudiants en sciences chinoises ou françaises. M. Beau, ajoute le journal ci-dessus, satisfaisant à cette demande, a décidé que les étudiants en médecine porteraient désormais une plaquette d'ivoire d'un modèle analogue à celle que portent les mandarins, attachée au premier bouton de la chemise longue et retenue par le cordonnet de soie jaune.

Cette plaquette portera des caractères exprimant que ceux qui l'arborent sont de futurs médecins.

L'*Avenir du Tonkin*, d'où la *Presse médicale* a extrait ce renseignement, fait remarquer que cette faveur contribuera certainement à attirer des demandes d'entrée à l'Ecole de médecine indigène, car l'Annamite est extrêmement vaniteux.

(Montpellier Médical).

NOUVELLES & INFORMATIONS

— Un décret présidentiel règle de la façon suivante les conditions dans lesquelles peut être conféré le titre de **médecin expert devant les tribunaux.**

Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur des docteurs en médecine français, demeurant soit dans l'arrondissement du tribunal, soit dans le ressort de la cour d'appel. Ils doivent avoir au moins cinq ans de pratique de la profession médicale ou être munis soit du diplôme de l'Université de Paris portant la mention « médecine légale et psychiatrie », soit d'un diplôme analogue créé par d'autres universités par application des dispositions de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897, portant règlement pour les Conseils des Universités.

— Le ministre de la guerre vient de décider qu'une **session spéciale d'engagements** de trois ans serait ouverte du 10 au 31 mai 1906. Seront admis à contracter cet enseignement spécial tous les jeunes gens qui, ayant atteint dix-huit ans avant le 21 mars 1906, se trouveront dans les conditions prévues par l'article 23 de l'ancienne loi militaire (étudiants en médecine, etc.)

— Le **XVe Congrès international de médecine de Lisbonne** (avril 1906), a décidé que le prochain congrès se réunirait en 1910 à Budapest.

— La nouvelle Chambre compte 48 députés médecins. Ce sont : MM. les docteurs AMODRU (Seine-et Oise), BAUDOT (Cotes-du-Nord), BAUDON (Oise), BOUTARD (Haute-Vienne), BROUSSE (Seine), CACHET (Orne), CAZAUVIEILH (Gironde), CAZENEUVE (Rhône), CHAMBIGE (Puy-de Dôme), CHAPUIS (Jura), CHAPUIS (Meurthe-et-Moselle), CIBIEL (Vienne), CHOPINET (Oise), CLÉMENT (Dordogne), DEFONTAINE (Nord), DELBET (Seine-et-Marne), DELPIERRE (Oise), DELELIS (Pas-de-Calais), DEVINS (Haute-Loire), DRON (Nord), DUBIEF (Saône-et-Loire), DUBUISSON (Finistère), DUDOUYT (Manche), DURAND (Aude), EMPEREUR (Savoie), ISOARD (Alpes), LACHAUD (Corrèze), LAURENT (Loire), LEVRAUD (Seine), MESLIER (Seine), MOREL (Pas-de-Calais), PECHADRE (Marne), POURTEYRON (Dordogne), POZZI (Marne), PUJADE (Pyrénées-Orientales), RAVIER (Cher), PROY (Charente-Inférieure), ROBLIN (Nièvre), ROUBY (Corrèze), SABATERIE (Puy-de-Dôme), SANTELLI (Corse), SARRAZIN (Dordogne), SIMYAN (Saône-et Loire), SIREYJOL (Dordogne), THIVRIER (Allier), VACHERIE (Haute-Vienne), VAZEILLE (Loiret), VILLEJEAN (Yonne).

On compte encore 9 pharmaciens : MM. ASTIER (Ardèche), BACHIMONT (Aube), BADUEL (Cantal), CHAMERLAT (Puy-de-Dôme), FERON (Seine), MOREL (Loire), RENARD (Nièvre), SCHMIDT (Vosges), SELLE (Nord).

— Le ministre de l'Instruction publique a décidé qu'il serait ouvert à Paris, en 1906-1907, des **concours pour 41 places d'agrégé** à répartir de la manière suivante entre les facultés de médecine : Paris 14, Bordeaux 5, Lille 4, Lyon 6, Montpellier 6, Nancy 4, Toulouse 4.

Parmi les 4 places de Lille, deux places sont réservées à la pathologie interne, une à la pathologie externe, une à la physiologie.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le Conseil de l'Université de Lille a décidé que les Facultés vaqueront à **l'occasion de la Pentecôte**, du samedi matin 2 Juin au mardi soir 5, et en outre le lundi des fêtes de Lille, 25 Juin.

— La **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** vient de renouveler son bureau pour l'année 1907. Ont été élus : Président : professeur A. FOURNIER ; Vice-Présidents : MM. BROCQ, HALLOPEAU, CHARMEIL (de Lille). Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations à notre excellent collègue le professeur CHARMEIL pour la haute distinction dont il vient ainsi d'être l'objet.

— MM. les élèves de la Faculté, ayant passé leur thèse de doctorat en 1905-1906, sont informés, qu'en juillet prochain, la Faculté choisira parmi eux le titulaire d'une **bourse**, offerte par la Compagnie du Mont Dore, pour participer aux voyages d'études médicales, dont ci-dessous le programme pour 1906.

« V.-E.-M. 1906. — Le 8e voyage d'études médicales « aura lieu sous la direction scientifique du professeur « LANDOUZY, du 1er au 12 Septembre 1906.

» Il comprendra les stations de Savoie et du Dauphiné : « Hauteville (Sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, « Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, « Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, « La Motte, Uriage. »

— **Médaille de la Mutualité**. — Parmi les récompenses accordées pour services rendus à la mutualité, nous relevons les suivantes concernant des médecins de la région : une médaille d'argent à M. le docteur GUYOT, de Calais, une médaille de bronze à M. le docteur AIGRE, de Boulogne-sur-Mer ; et LHEUREUX, d'Airaines (Somme).

— Ont été nommés dans le cadre des **médecins de réserve** et de l'armée territoriale médecins aide-major de 2e classe de réserve, MM. les docteurs AUTEFAGE (de Roubaix), LEROY, de Lille, DECOUSSER, d'Haubourdin, HAEÜ, de Saint Omer.

Parmi les récentes nominations dans le **corps de santé militaire** nous relevons la suivante qui intéresse notre région. M. le docteur FRIBOURG, médecin-major de 1re classe, est affecté à l'hôpital militaire de Lille.

SOUTENANCES DE THÈSES

— M. P.A.E. DECOUVELAERE, de Renescure (Nord), a soutenu avec succès, le mercredi 25 avril 1906, sa thèse de doctorat (n° 25), intitulée : **Obstruction des voies respiratoires supérieures, carie dentaire.**

— M. F.L.E. BAILLY, de Guerville (Seine-Inférieure), a soutenu avec succès, le mercredi 25 avril 1906, sa thèse de doctorat (n° 26), intitulée : **Pathogénie, diagnostic et traitement des ruptures traumatiques ou spontanées de l'hydrocèle vaginale.**

— M. F-L. PINCHART, d'Onnaing (Nord), interne des hôpitaux, lauréat de la faculté, a soutenu avec succès, le vendredi 27 avril, sa thèse de doctorat (n° 26), intitulée : **Etude clinique de la fièvre essentielle dans le cancer de l'estomac et en particulier de sa forme intermittente.**

— M. P.J.A.J. FAIDHERBE, de Roubaix (Nord), externe des hôpitaux, a soutenu avec succès, le lundi 30 avril, sa thèse de doctorat (n° 27), intitulée : **Du traitement des cancers cutanés par les rayons X.**

— Madame B. GRIMPRET, née MEUNIER, de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), licenciée ès-sciences, externe des hôpitaux de Paris, interne d'Hendaye, a soutenu avec succès le mercredi 9 mai sa thèse de doctorat (n° 28), intitulée : **L'influence du tabac sur la grossesse et la santé**

des nourrissons des ouvrières de la manufacture de Lille (étude d'hygiène sociale).

Notre Carnet

— Le 4 avril 1906 a eu lieu à Tarbes (Hautes-Pyrénées) les cérémonies du mariage de M. le professeur Paul VERDUN avec Mlle Joséphine LACUBE. Que notre excellent collègue reçoive nos souhaits les plus sincères de bonheur et de prospérité.

— Le 7 avril 1906 ont eu lieu à Lille les cérémonies du mariage de M. le docteur Gaston TACONNET avec Mlle Pauline VAN LANGENDONCK. Nous les prions d'agréer l'expression de nos meilleurs vœux de bonheur.

— Le 17 avril ont eu lieu à Amiens les cérémonies du mariage du docteur Paul DELÉAU (de Mons-en-Barœul) avec Mlle Hélène DELAPORTE. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité.

— Le 7 avril ont eu lieu, à Paris, les cérémonies du mariage du docteur Étienne LEBLOND, de Lille, avec Mlle Madeleine BONNEAUD. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité.

— Le 24 avril ont eu lieu à Neuf-Mesnil (Nord), les cérémonies du mariage du docteur Henri CHEVALIER (de Sains-du-Nord), avec Mlle Laure DEROME. Que notre jeune confrère reçoive nos meilleurs souhaits de bonheur.

— Le 5 mai a eu lieu, à Roubaix, la célébration du mariage de M. le docteur Pierre FAIDHERBE, avec Mlle Marguerite PONTIER. Nous adressons à notre jeune confrère nos vœux de bonheur et de prospérité.

— M. le docteur F. PAQUET, de Lille, nous fait part de la naissance de son fils Félix. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

— Le docteur René DE CASTÉRAS, de Versailles, nous fait part de la naissance de son fils Guy. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour Mme de Castéras et l'enfant.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur CAUBET professeur de clinique médicale, est nommé doyen pour trois ans.

Ecole préparatoire de médecine de Rouen. — M. le docteur DUMONT, suppléant à la chaire d'histoire naturelle et proroge pour trois ans dans ses fonctions.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur LÉPINE, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé en outre d'un cours de clinique des maladies mentales pendant la durée du congé accordé à M. le professeur PIERRE sur sa demande et pour raisons de santé.

M. le docteur SAMBUC, agrégé, est chargé du 1er juin au 31 octobre 1908, pendant l'absence de M. CAZENEUVE, d'un cours de chimie organique et toxicologie.

BIBLIOGRAPHIE

CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE SPECIALES, MANUEL DU PRATICIEN (Henry PAULIN et Cie, éditeurs).

Le *Manuel de clinique et de thérapeutique spéciales*, dont la destination est bien précisée par le sous-titre « *manuel du praticien* » qui l'accompagne, remplit certainement le but qu'il se propose et comble une lacune dans l'enseignement médical. De toutes parts, on se plaint que les spécialités de la médecine restent fermées à l'étudiant, au futur praticien dont les connaissances ont besoin de s'étendre avec le progrès de chaque jour, dont les moyens d'existence doivent s'augmenter avec les difficultés croissantes de la profession médicale. L'enseignement des Facultés, avec les ressources dont il dispose actuellement, est impuissant à satisfaire sur ce point les désirs légitimes de ceux qui veulent connaître les éléments des spécialités reposant sur des moyens d'exploration particuliers ; sur ce point l'enseignement par le livre a surtout produit des manuels isolés, souvent trop complets pour le médecin, formant un ensemble hétérogène, coûteux, volumineux, capable de dérouter celui qui n'est pas familiarisé avec les spécialités médicales et qui n'a pas le loisir de recommencer ses études.

Mais voici un livre, véritablement écrit pour le praticien qui veut savoir un peu de tout et poser un diagnostic juste, sinon intervenir, dans tous les cas pathologiques de sa clientèle ; cette publication est à la fois un programme d'études médicales spéciales et un livre de chevet à l'usage des médecins de campagne, de petites villes et des médecins militaires qui trop souvent doivent satisfaire seuls à tous les besoins des malades ; deux livres excellents existent déjà pour la médecine et la chirurgie : nous avons nommé la *Clinique thérapeutique* de Gaston LYON et la *Chirurgie d'urgence* de Félix LEJARS ; la série est complète avec la « *Clinique et thérapeutique spéciales* » qui est certainement appelée à un très gros succès et que rendra les plusgrands services aux états diants pour les guider dans leurs études et leur stage hospitalier, aux médecins pour leur donner rapidement, grâce aux nombreuses figures et au texte concis, les renseignements dont ils auront besoin chaque jour.

Le tome second qui vient de paraître (avant le premier) est un sûr garant des qualités de l'ensemble. Il comprend l'*orthopédie, la pathologie urinaire*, la *gynécologie*, l'*obstétrique d'urgence*, la *radiothérapie* ; l'*électrothérapie*. Tous ces sujets sont traités par des auteurs particulièrement compétents, exercés longuement par les consultations hospitalières ; l'enseignement clinique qu'ils ont tiré de ces consultations imprègne toutes les lignes de l'ouvrage.

La *chirurgie orthopédique* traitée par A. MOUCHET, ancien chef de clinique à la Faculté, assistant de chirurgie aux Enfants Malades, est réduite aux justes proportions que permet une installation sommaire. C'est une revue claire et précise sur les principales *difformités congénitales* et *acquises* et cette revue, heureusement aidée par une illustration abondante

et soignée, fixe dans l'esprit du lecteur l'association précieuse de l'image de la difformité à côté de la description du texte.

C'est de la pure clinique. La thérapeutique complexe de l'orthopédie a été seulement indiquée dans la majorité des cas, pour être minutieusement décrite lorsqu'elle n'a besoin d'aucune opération chirurgicale ni d'installation particulière.

Les *maladies des voies urinaires*, rédigées par M. Cathelin, chef de clinique à l'hôpital Necker, pourraient s'intituler ici : l'*urologie dans la pratique journalière* ; c'est dire l'esprit extrêmement pratique qui a présidé à la rédaction de cette partie très importante pour le médecin. Un court résumé de l'anatomie des voies urinaires amène le lecteur à la compréhension des difficultés de l'exploration. La seule indication des chapitres suffit à montrer tout l'intérêt de ce travail : *cathétérisme — anesthésie, antisepsie, et stérilisation dans les voies urinaires — principales techniques urologiques — technique des principales petites opérations d'urgence — examen des urines et technique de la coloration du gonocoque — les grands syndromes urologiques — du syndrome périnéal et diagnostic des affections du périnée — complications péri-urètrales et, à distance, de la blennorrhagie de l'homme et de la femme — des indications opératoires — petite thérapeutique appliquée — les diurétiques* (stations thermales, boissons, aliments) *— les positions en chirurgie urinaire — examen d'un malade urinaire — trousse d'urologie courante.*

La *gynécologie*, écrite par A. Iselin, chef de clinique adjoint à l'hôpital Necker, constitue un point des spécialités particulièrement difficile à exposer suivant l'esprit du livre, la gynécologie constituant la plus large part de la chirurgie de ville et même des hôpitaux. Mais à côté de la « grande » gynécologie, il y a place, si on peut dire, pour la « petite » gynécologie et c'est à la description de celle-ci que l'auteur s'est le plus attaché. Après avoir bien exposé l'*exploration* des organes génitaux, il conduit le lecteur dans la pathologie utero-annexielle, avec les *symptomes fonctionnels* pour guide, de sorte que l'esprit, bientôt fixé sur la région malade, précise et réduit le travail qu'il s'impose pour établir définitivement le diagnostic à l'aide des *signes physiques*. Ceux-ci, cliniquement groupés, forment un chapitre vraiment original.

Enfin l'étude détaillée de la *petite gynécologie courante*, des *instruments* qui lui sont nécessaires, des *indications opératoires* pour la petite et la grande gynécologie, complète un ensemble très intéressant parce qu'il a pu être adroitement limité.

L'obstétrique, ou plutôt la *thérapeutique obstétricale*, est l'œuvre de L. Devraigne, ancien interne des maternités de la Charité et de Lariboisière. Il faut constater le bonheur avec lequel l'auteur s'est tiré d'un mauvais pas : écrire sur l'obstétrique, même pour le praticien, après l'enseignement ex-cathedra qui est donné dans nos Facultés et publié dans tant de gros livres, était fort complexe, à moins de se décider à écrire le moins possible sur les sujets les plus détaillés ailleurs. En effet la controverse et la théorie encombrent les traités que le médecin, appelé en toute hâte, voudrait rapidement consulter. Ici point de théorie, point de discussions, points de mots inutiles ; de la clinique et toujours de la clinique. *Diagnostic, indications, manuel opératoire*, tel est le titre de la première partie. *Pathologie de la grossesse, maladies de l'oeuf, dystocie, hémorragies pendant la grossesse et l'accouchement, opérations, puériculture* forment les titres de six autres parties qui suivent se dans l'ordre. La « conduite à tenir » domine toute cette étude et l'indication technique des seuls instruments nécessaires au médecin confirme davantage encore le désir de l'auteur de demeurer pratique avant tout.

L'électrothérapie et la *radiothérapie* constituent les branches spéciales de la médecine qui sont peut-être les plus délaissées par les praticiens à cause du prix des appareils qu'on croit indispensables, à cause des notions de physique et de physiologie qu'on suppose devoir être très grandes même pour de simples applications. L. Delherm, ancien interne des hôpitaux, en exposant ces éléments d'électrothérapie et de radiothérapie, a su éloigner ces craintes de l'esprit du lecteur. Grâce à lui, le médecin n'hésitera pas à faire quelques applications électriques par des procédés simples et peu coûteux et à conseiller utilement ses malades pour les cas complexes dans lesquels il verra les indications ou les contre-indications de l'emploi de l'électricité ou de radiothérapie. Après avoir décrit les *unités électriques*, les *principales modalités utilisées en médecine*, le *matériel électrique du praticien et ce qu'il peut en faire*, les *éléments d'électro-diagnostic*, l'auteur passe en revue les affections de chaque organe qui peuvent bénéficier de ces méthodes thérapeutiques. Là, comme dans toutes les autres parties du volume, on trouve une illustration abondante et soignée qui constitue un des points les plus intéressants de ce livre essentiellement pratique.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 490 Dixième Année. N° 22 Le Numéro : **10** centimes 3 Juin 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le sarcome diffus de la muqueuse utérine

par le docteur **Lambret,** professeur agrégé
et **Gœlhinger,** interne des hôpitaux.

Au sujet du sarcome de l'utérus, voici ce qu'écrit DELBET dans le *traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS : « Dans ce qu'on a décrit sous le nom de sarcome » de la muqueuse, il y a incontestablement beaucoup » d'épithéliomes et de métrites chroniques; aussi » sans nier absolument que le sarcome puisse se » développer dans l'utérus comme ailleurs, je pense » que cela arrive très rarement et qu'il est impossi- » ble pour le moment de donner une description du » sarcome de l'utérus. » Depuis l'apparition de cet article, la question — un peu mieux connu toutefois que DELBET le pensait — s'est suffisamment éclaircie pour qu'on puisse affirmer à l'heure actuelle l'existence de deux variétés de sarcome de l'utérus : le *fibrosarcome* qui forme des tumeurs circonscrites dans l'épaisseur du tissu musculaire, et le *sarcome diffus* de la muqueuse utérine. — Il y en a même une troisième forme, le sarcome en grappes du col, le plus rare de tous.

Il eut d'ailleurs été imprudent de « nier absolument » le sarcome de la muqueuse. POZZI dans son édition de 1897 lui consacrait déjà quelques lignes : « on donne depuis VIRCHOW le nom de sarcome diffus à un épaississement de la muqueuse par la prolifération de cellules rondes ou fusiformes qui l'infiltrent et y déterminent la production de tumeurs molles, villeuses ou lobulées ayant l'aspect encéphaloïde et reproduisant le type embryonnaire du tissu conjonctif. » Et POZZI ajoute et même souligne, c'est un cancer des femmes jeunes, affirmation qui, comme nous le verrons tout à l'heure, a été fait un peu à la légère.

J'ai eu en ces temps derniers, l'occasion rare d'enlever un utérus atteint de sarcome diffus de la muqueuse.

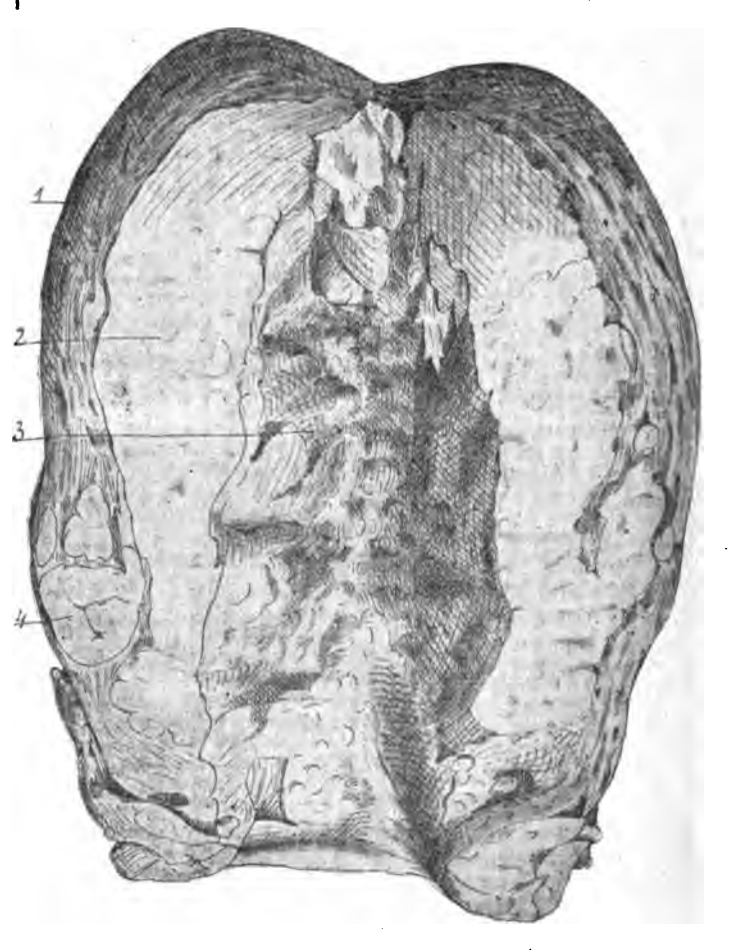
Il s'agit d'une femme de soixante ans, habitant Dunkerque, opérée avec le concours de mes confrères Duriau et Lancry. Outre des pertes de sang, la malade se plaignait depuis plusieurs mois de douleurs violentes qui irradiaient vers les membres inférieurs et surtout revêtaient par moment l'allure de coliques utérines; mes confrères firent à cette époque une dilatation et un curettage qui au contraire de ce qu'on en attendait à bon droit, ne furent pas suivis d'une amélioration appréciable ; bien plus, après quelques semaines. l'état général devint mauvais, la fièvre apparut tous les soirs, les douleurs continuèrent et les pertes augmentèrent en abondance et surtout en fétidité.

C'est alors que je vis la malade; en dehors des constatations qui précèdent, à l'examen local je trouvai un utérus volumineux dont le fond se percevait à trois travers de doigts en dessous de l'ombilic, peu mobile, douloureux à la mobilisation; le col était très hypertrophié, dur, ulcéré au niveau de sa cavité; à travers le cul-de-sac antérieur sur la paroi antérieure de l'utérus on percevait une nodosité grosse comme une noix qui semblait bien être à n'en pas douter un petit fibrome. — La malade supportait très difficilement cet examen, je ne fis donc pas d'autres recherches ; et d'ailleurs je pensais avoir suffisamment d'éléments pour établir le diagnostic ; dans mon esprit nous nous trouvions en présence d'un fibrome sphacélé coexistant avec un cancer du col ou d'un cancer du corps propagé au col; ces deux hypothèses, la première surtout expliquaient d'une façon très satisfaisante le mauvais état général, l'infection existante, les pertes sanguines et fétides, l'augmentation de volume de l'utérus. Toutefois, un point demeurait très obscur: le volume de l'utérus, et MM. Duriau et Lancry étaient très affirmatifs, n'avait acquis ces proportions que depuis le curettage; or si cet accroissement rapide se comprenait à la rigueur en cas de cancer, il cadrait mal avec l'hypothèse de fibrome sphacélé.

En présence de la gravité extrême de la situation, la famille nous priait de tenter de sauver la malade, et encore que le cas fût mauvais, nous décidâmes de faire l'hystérectomie abdominale.

Je commençai par une désinfection soignée du vagin et du col dont toutes les fongosités furent abrasées à la curette et dont la cavité fut tamponnée. Puis je procédai à l'hystérectomie abdominale totale; l'opération fut un peu pénible: l'utérus, uniformément hypertrophié dans sa totalité, donnait l'impression d'être mou et friable; de peur de le déchirer je n'osais le saisir dans une pince, nous eûmes en outre une alerte chloroformique assez vive ; néanmoins l'intervention put se terminer dans de bonnes conditions, l'utérus fut extirpé sans qu'il s'en écoulât aucun liquide.

Quand la malade fut reportée dans son lit, nous pûmes alors examiner la pièce; elle était formée, comme on vient de le voir, par un utérus uniformément hypertrophié, véritable utérus géant. On le fendit sur la ligne médiane: à peine l'incision avait-elle atteint la cavité utérine que nous fûmes pris à la gorge par une odeur horriblement fétide qui en émanait ; cette cavité était très agrandie et tapissée d'un magma noirâtre, putrilagineux, sphacélique d'aspect et d'odeur. La paroi utérine était très épaissie, elle se composait de deux couches très distinctes; l'une externe, était constituée par la tunique musculaire normale ayant une épaisseur de deux à trois centimètres ; l'autre, interne, était constituée par une couche plus épaisse d'un tissu gris, rosé, ressemblant assez bien à du ris de veau, striée et ecchymotique par places ; la surface interne de cette couche qui regardait la cavité utérine était anfractueuse, villeuse, mamelonnée et sphacélée superficiellement (Voir fig. I). L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Curtis montre, ainsi qu'on le verra plus loin, qu'il s'agissait d'un sarcome diffus de la muqueuse ; pour être complet j'ajouterai que la malade mourut le huitième jour.



Etait-il possible, dans l'observation qu'on vient de lire, de faire un diagnostic exact ? Il aurait tout d'abord fallu songer à la possibilité de l'existence d'un sarcome, et je ne fais aucune difficulté pour reconnaître que personne d'entre nous n'y a songé; l'affection est trop rare et n'a pas en outre

de caractères symptomatiques particuliers ; les phénomènes par lesquels elle se manifeste se rencontrent également dans d'autres maladies de l'utérus, et dans l'état actuel de la science, il nous apparait bien qu'il est difficile, surtout pour ceux qui n'en ont jamais rencontré, de faire le diagnostic de sarcome de la muqueuse utérine.

Si on consulte les quelques mémoires qui s'occupent de cette question, et particulièrement la thèse d'AUBRY qui en a réuni douze observations (1), on voit qu'on peut établir deux variétés cliniques du sarcome de la muqueuse utérine : le sarcome avec hématométrie, et le sarcome sans hématométrie.

Le sarcome a en effet une grande tendance à obstruer le col au milieu de son orifice interne ou de l'externe. Quand cette obturation est effectuée, en raison de l'abondance des sécrétions, il se fait de la rétention derrière l'obstacle et l'utérus se remplit et se distend ; c'est vraisemblablement ce qui a failli se passer chez notre malade, nous pensons qu'on ne peut guère expliquer que par une rétention relative les violentes douleurs expulsives qu'elle a présenté avant la dilatation et le curettage. Le liquide continue à s'accumuler dans sa cavité, l'utérus est susceptible d'acquérir des dimensions considérables. Les troubles de compression qui existent en pareils cas, se manifestent du côté du rectum, de la vessie, des membres inférieurs et de la paroi abdominale. La tumeur est généralement molle et fluctuante à ce point que des auteurs comme TERRILLON et PÉAN ont pu la prendre pour un kyste de l'ovaire et la ponctionner. Il n'est pas besoin d'ajouter que dès que le col est obturé les écoulements s'arrêtent presque complètement. Peu à peu l'état général devient mauvais, l'appétit diminue, la cachexie apparaît plus ou moins rapidement, l'organisme s'infecte chaque jour davantage par suite de la résorption des liquides septiques de la cavité utérine. Comme on le voit, les cas de ce genre peuvent être pris pour des kystes de l'ovaire, et aussi pour des fibromes kystiques ; deux faits pourraient faire éliminer ces derniers : la présence de bosselures à la surface de la tumeur, la non-obturation du col dans le cas de fibrome. Il faut surtout tenir grand compte de cette constatation que la tumeur est apparue dès que les pertes ont cessé de se produire.

Le sarcome sans hématométrie, c'est à peu près celui auquel nous avons eu affaire (à peu près, car il en avait quand même un certain degré de rétention, et 150 grammes environ de liquide stagnaient dans la cavité utérine). Cette forme s'accompagne de métrorhagies plus ou moins abondantes et de leucorrhée, ces deux liquides se mélangent d'ailleurs et se confondent, alternent et prédominent à tour de rôle, tous deux également fétides. Dans quelques cas il y a de l'hydrorrhée, phénomène curieux qui consiste en une déperdition considérable de liquides contre lesquels luttent en vain toute les garnitures.

Les douleurs sont notées dans toutes les observations, mais elles n'ont pas de caractère fixe ; précoces ou tardives, très intenses ou à peine marquées, elles sont tantôt lancinantes ou intermittentes, expulsives comme dans notre cas ou se bornant à une sensation de gêne dans le petit bassin ; elles sont localisées dans la région hypogastrique ou bien irradient vers les lombes, les membres inférieurs, etc.

L'examen physique permet de découvrir que l'utérus est augmenté de volume, sa surface est le plus souvent régulière, sans proéminences ni inégalités ; la mobilité varie suivant les cas et l'époque où l'examen est pratiqué; de même l'état du col est très variable. Quant à l'hystérométrie et au toucher intra-utérin, les renseignements qu'ils peuvent donner n'ont pas très grande valeur, et toujours le diagnostic hésitera entre fibrome et épithéliome. Rien ne justifierait d'ailleurs celui de sarcome, excepté l'examen histologique de débris recueillis au cours d'une biopsie curettage.

Il était donc sage, dans notre cas, de rester dans le doute entre les deux hypothèses et d'attendre le résultat de l'intervention qui a répondu sarcome. Il semble pourtant, lorsqu'on y réfléchit, qu'un fait pouvait nous permettre d'affirmer presque qu'il s'agissait d'une tumeur maligne intra-utérine, je ne parle pas du col et peut-être même nous faire songer au sarcome ; en effet, il était certain que deux mois auparavant l'utérus était loin d'avoir le volume que nous lui avons trouvé lors du dernier axamen, or il était inadmissible qu'un fibrome ait poussé aussi rapidement et le cancer seul est capable d'une telle évolution ; ce signe est à retenir, il est peut-être susceptible d'acquérir une valeur sérieuse.

Enfin, contrairement à ce qu'en pense POZZI, le sarcome de la muqueuse n'est pas un cancer des femmes jeunes ; sur les douze observations de la

(1) AUBRY. — Thèse de Paris, 1896.

thèse d'AUBRY, dix fois il s'agit de femmes ayant plus de cinquante ans ; notre malade ne fait pas exception à la règle. Le fait nous paraît intéressant et presque anormal. En effet, chacun sait que le sarcome s'attaque généralement aux organes en pleine activité fonctionnelle et même formatrice, or ce n'est pas le cas pour l'utérus des femmes âgées.

Nous ne nous appesantirons pas sur le pronostic et le traitement du sarcome de la muqueuse utérine. Le traitement, il n'y en a qu'un, c'est l'extirpation ; quant au pronostic, peut-être est-il légitime de penser que l'affection est un peu moins grave que l'épithéliome du col ou du corps, c'est ce qui semble résulter de l'examen des observations, trop nombreuses d'ailleurs. Et cela cadre bien avec l'allure générale du sarcome de la muqueuse, lequel a une marche assez lente au début, vite longtemps localisé à l'utérus enfermé dans la coque qui lui forme la paroi musculaire, ce qui fait augmenter les chances d'enlever dans sa totalité le mal pris à temps.

Voici un examen histologique très détaillé de la tumeur qui a été fait dans le laboratoire de M. CURTIS; il est dû à l'obligeance de M. GŒHLINGER qui a joint l'examen d'une pièce analogue que mon confrère CARPENTIER avait antérieurement envoyé à examiner.

CAS I. — Professeur LAMBRET. — Femme soixante ans, 6 avril 1905. Utérus volumineux, poids 571 grammes, longueur totale de l'utérus à l'extérieur : quinze centimètres, largeur entre l'abouchement des deux trompes : huit à neuf centimètres, cavité du corps : dix à onze centimètres, cavité du col: trois centimètres, épaisseur totale des parois : trois centimètres cinq, à quatre centimètres.

L'utérus incisé laisse voir une cavité très dilatée mesurant environ cinq centimètres de largeur sur dix centimètres de longueur et remplie d'un tissu blanc fongueux qui forme à la surface intérieure de l'organe une série de végétations et de mamelons mous, les uns de coloration jaunâtre, les autres bruns noirs, couverts çà et là d'infiltrations sanguines coagulées. L'ensemble de ces tissus répand une odeur fétide de gangrène et l'on peut se rendre compte en effet que les parties superficielles de ces bourgeons, ceux particulièrement qui sont colorés en rouge et en brun sont à l'état de sphacèle.

Examinés sur l'épaisseur de la coupe de la paroi utérine, les tissus néoplasiques se montrent comme formant un revêtement continu de toute la surface interne de l'organe. On peut ainsi distinguer sur la section de la paroi une zone interne d'environ deux centimètres d'épaisseur répondant par son siège à la muqueuse et qui est formée entièrement d'un tissu blanc, mou, parsemé de stries et de taches vasculaires. Plus en dehors, apparaissent les couches musculaires qui n'ont guère plus d'un centimètre d'épaisseur. Les limites entre la couche néoplasique interne et la couche musculaire sont assez nettes dans les 2/3 supérieurs de l'organe et marquées par une ligne sinueuse.

Dans la partie voisine du col, au contraire, des nodules arrondis se détachent de la couche néoplasique interne, pénètrent dans le muscle où elles forment une série de foyers qui vont jusqu'à la surface même de la tunique musculaire.

Les tissus du col ne sont pas envahis et la muqueuse de la cavité cervicale persiste à l'état d'un revêtement lisse couvert de sang coagulé.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Un fragment prélevé comprenant la totalité de la paroi utérine montre qu'il s'agit dans le cas présent d'un sarcome à structure assez simple ayant envahi et remplacé toute la muqueuse utérine.

Nous examinerons le néoplasme 1° dans ses parties voisines de la surface interne de l'organe, 2° dans ses parties attenantes au muscle utérin.

1° *Région interne.* — Dans cette région, on constate qu'il n'existe plus aucune trace ni d'épithélium superficiel de l'utérus, ni de glandes utérines. Toutes les parties qui, normalement, étaient occupées par le chorion, sont remplacées par un tissu néoplasique formé uniquement de vaisseaux, d'une trame conjonctive assez peu développée et d'une masse énorme de cellules qui forme la partie fondamentale du tissu.

a) Vaisseaux. Ils sont formés par des canaux à minces parois ayant plutôt le caractère de veinules. On trouve cependant çà et là des vaisseaux artériels évidents. Les veinules ont principalement une direction perpendiculaire à la surface et se montrent sur des coupes transversales coupées en long.

Les artères paraissent au contraire pelotonnées, car elles se montrent partout en coupe oblique ou transversale. Ce système vasculaire aboutit à la surface interne des couches néoplasiques à des capillaires très larges gorgés de sang et qui, par places, donnent naissance à des hémorragies interstitielles.

b) La trame conjonctive est constituée par des faisceaux de fibres conjonctives qui s'élèvent de la profondeur vers la surface de la muqueuse envahie et émettent tout le long de leur trajet des bourgeons de fines fibrilles, qui s'éparpillent dans le tissu néoplasique.

c) Ce dernier est formé uniquement par des cellules polyédriques, parfois légèrement fusiformes, ayant les caractères des éléments conjonctifs qui se développent dans le chorion utérin au cours de la grossesse. Ces cellules ressemblent en d'autres termes aux éléments d'une caduque. Elles sont toutefois plus petites et beaucoup plus irrégulières de forme. Les noyaux mesurent environ 4 μ lorsqu'ils sont sphériques, 8 μ lorsqu'ils sont ovalaires. Ils remplissent presque la totalité des corps cellulaires qui n'excèdent guère de 10 à 15 μ et ces caractères différencient encore nos éléments des cellules proprement dites déciduales. A l'aide des colorations électives du conjonctif, on peut se rendre compte que les éléments que

nous venons de décrire sont en une foule de points séparés les uns des autres par une fine tramule de fibrilles, caractère propre du néoplasme de nature sarcomateuse.

2° *Couches voisines du muscle.* — Dans les couches voisines du muscle, la même texture se reconnaît. Les cellules ici semblent toutefois un peu plus grandes et la trame conjonctive intercellulaire beaucoup plus développée. Dans les zones limitrophes des couches musculaires, on voit le tissu sarcomateux fuser dans les espaces conjonctifs intermusculaires sans s'étendre toutefois à grande distance. La couche musculaire se trouve ainsi dans ses parties les plus internes comme dissociée par l'envahissement néoplasique. On ne trouve davantage de vestiges de glandes utérines dans ces régions profondes.

En somme il s'agit dans le présent cas d'un type de sarcome à petites cellules développé dans l'épaisseur du chorion de la muqueuse utérine dont il a détruit tous les éléments glandulaires et dont il tend à franchir les limites au voisinage des plans musculaire de l'utérus.

Cas II — Docteur Carpentier. Sarcome utérin, femme quarante ans, dix-huit mois après l'accouchement. L'utérus présente ici à peu près les mêmes dimensions que dans le cas précédent, neuf à dix centimètres de largeur entre les deux trompes, quatorze à quinze centimètres de longueur totale, dix centimètres pour la cavité intérieure du corps.

Epaisseur totale des parois : trois centimètres au niveau des parties néoplasiques, deux centimètres au niveau des parties non encore envahies.

Cet organe incisé laisse voir, comme précédemment, un tissu blanc fongueux qui tapisse toute la face postérieure et une partie du bord gauche de la cavité utérine. La face antérieure, au contraire, dans une assez grande partie de son étendue, reste libre de tissu néoplasique.

Il existe donc une sorte d'énorme gâteau de tissu néoformé, moulé sur la face postérieure et le bord gauche de la cavité utérine. Cette masse diffère de celle que nous avons vue dans le cas précédent par l'absence de sphacèle et par le plus grand développement des végétations superficielles. A la coupe, le tissu néoplasique atteint jusqu'à 3 centimètres d'épaisseur alors que la paroi musculaire se réduit à 7 ou 8 millimètres. Sur la façon antérieure au contraire non envahie, la paroi musculaire atteint encore 2 centimètres.

Il existe de plus, au niveau du fond de l'utérus, une perforation d'environ 7 à 8 millimètres de diamètre à travers laquelle la masse fongueuse du néoplosme fait hernie dans le péritoine.

Le chirurgien, d'autre part, au cours de l'opération, a pu recueillir dans la cavité péritonéale où elle était libre, une masse piriforme du volume d'un petit œuf et dont l'extrémité amincie s'adapte assez exactement à l'orifice de la perforation qui existe sur le fond de l'organe.

Il semble donc qu'il y ait eu ici saillie du néoplasme à travers les parois utérines et rupture d'une partie pédiculisée qui est venue tomber dans le péritoine.

Examen histologique. — Au point de vue de sa structure élémentaire, ce néoplasme ressemble beaucoup au précédent. Il en diffère cependant par certains points.

Comme dans le cas I, toute trace de muqueuse utérine a disparu. On ne trouve ni épithélium superficiel, ni glandes. Le tissu néoplasique qui tapisse intérieurement la couche musculaire ne se présente pas ici à l'état d'infiltration diffuse. Déjà à l'œil nu et mieux à de faibles grossissements, on constate que la partie de l'organe qui répond à l'ancienne muqueuse renferme de larges travées conjonctives qui limitent une série de bourgeons irréguliers formés par du tissu sarcomateux.

Ce n'est que tout à la surface que ces bourgeons deviennent confluents et réalisent le type diffus du cas précédent. Quant au tissu sarcomateux lui-même, il est formé comme dans le cas précédent de cellules polyédriques ou fusiformes. Ces dernières se disposent par places en faisceaux comme cela se voit dans les sarcomes fasciculés.

En général les noyaux des cellules sont ici beaucoup plus volumineux. On en trouve qui mesurent jusqu'à 15 μ. Ils affectent en plusieurs points des formes arrondies et renferment deux ou trois nucléoles, ressemblant ainsi à des noyaux de cellules épithéliales. Le corps protoplasmique des éléments est aussi plus développé et mesure en général de 15 à 20 μ.

On trouve enfin, disséminées çà et là des cellules beaucoup plus volumineuses à corps protoplasmique très développé, allant jusqu'à 32 à 35 μ. Ordinairement réunies par trois ou quatre, elles forment comme des petits îlots de cellules géantes au milieu du tissu néoplasique.

On constate également l'existence d'un grand nombre de kariokynèses aussi bien dans les petites cellules que dans les grandes.

Enfin, dans quelques régions, sans qu'on puisse établir aucune topographie spéciale à ce sujet, les cellules de grandes dimensions (32 à 35 μ) se multiplient, s'agglomèrent et forment des nappes qui rappellent tout à fait par leur aspect le tissu d'une caduque en pleine prolifération. Comme dans le cas I, il existe une trame fibrillaire conjonctive, qui, partout s'insinue entre les éléments sarcomateux. Elle ne fait défaut précisément que là où les cellules de grande dimensions se rassemblent et donnent au néoplasme un aspect décidual.

Au voisinage de la couche musculaire, la pénétration ne se fait plus ici par infiltration diffuse, mais par pénétration de petits bourgeons comme cela se voit dans les tumeurs de nature épithéliale.

Les vaisseaux de la tunique musculaire ne renferment toutefois aucune trace d'embolie cancéreuse.

Il s'agit donc dans ce second cas d'un sarcome à cellules moyennes un peu plus grandes que dans le cas précédent, sarcome développé dans l'épaisseur du chorion de la muqueuse dont tous les éléments glan-

dulaires ont été détruits. Les points par lesquels cette tumeur diffère de la précédente sont :

1° Sa plus grande tendance à se développer par lobules et par bourgeons, d'où résulte une texture plus cloisonnée et une abondance plus grande de la trame conjonctive.

2° Un développement plus grand des éléments sarcomateux et surtout l'existence de larges cellules à type épithélioïde, qui se réunissent par places en nappes assez étendues pour rappeler les dispositions d'une caduque.

C'est donc un sarcome de la muqueuse utérine à moyennes et à grandes cellules qui en certains points prend les allures mêmes de ce qu'on a décrit sous le nom de déciduome vrai, fait qui ne doit point nous surprendre puisque la tumeur s'est développée dix-huit mois après une grossesse.

Le corps piriforme libre dans l'abdomen présente d'ailleurs exactement la structure d'un sarcome ; mais, ici, le type est un peu modifié et les coupes nous montrent la texture du sarcome fasciculé.

La femme a survécu deux mois et demi à son opération et a succombé à des généralisations péritonéales.

Un cas de pleurésie purulente à bacilles de Pfeiffer

par le docteur **P. Vansteenberghe**,

Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

Rien n'est plus discuté à l'époque actuelle que la spécificité du bacille de Pfeiffer comme agent exclusif de la grippe épidémique.

Alors qu'après les recherches de Pfeiffer, Weichselbaum et Netter soutiennent que le bacille de l'influenza est bien la cause première de l'infection grippale, Bruschettini, Rosenthal le considèrent comme un micro-organisme saprophyte existant normalement dans les voies respiratoires de l'homme sain et dépourvu de toute action pathogène.

Enfin plus récemment les discussions à la Société Médicale des hôpitaux de Paris sur la dernière épidémie de grippe tendent à faire admettre que l'influenza peut être causée par plusieurs germes banaux (Bezançon, Widal, etc.).

Les deux premières opinions ont contre elles ce fait que, même dans les cas de grippe définie, le bacille de Pfeiffer est rare. Dans les complications extrapulmonaires on ne le rencontre que plus rarement encore, tandis que les germes banaux pullulent.

L'observation suivante, bien que ne prouvant rien pour ou contre la spécificité de ce microbe, nous a paru intéressante à recueillir à cause de la rareté des constatations analogues et des considérations bactériologiques auxquelles elle peut donner lieu.

Il s'agit d'un adulte qui, après des symptômes aigus, présenta tous les signes cliniques d'une pleurésie purulente. Le diagnostic d'empyème à pneumocoques fut porté ; on fit une ponction exploratrice et le pus pleural nous fut envoyé.

Le liquide jaune pâle, peu fibrineux, très riche en éléments cellulaires, se séparait par le repos en deux couches : l'une supérieure claire, l'autre louche occupant à peu près la moitié du volume primitif.

L'examen cytologique montra des leucocytes polynucléaires en très grande majorité (95 % des éléments cellulaires présents). Il n'y avait ni globules rouges, ni lymphocytes ; de place en place, libres ou phagocités dans les globules de pus on rencontrait de petits bâtonnets très courts, difficilement colorables, ne prenant pas le Gram.

Le pus ensemencé en aérobie et en anaérobie se montra absolument stérile dans ce dernier milieu ; par contre les cultures faites à l'air, en bouillon surtout, donnèrent lieu à un développement extrêmement grêle dans le fond du tube ; cette culture, deux jours après l'ensemencement, était déjà morte. Seuls les milieux additionnés de sang (gélose au sang) fournirent des colonies un peu plus abondantes : la surface se recouvrit d'un léger vernis transparent ou de petites colonies punctiformes ayant très peu de tendance à s'accroître excentriquement.

L'examen de ces différentes cultures nous montra des bacilles identiques à celui trouvé dans le liquide pleural : microbe immobile, extrêmement court, ne prenant pas le Gram, se colorant avec peine. La meilleure façon de le mettre en évidence était de le teindre lentement par la fuschine de Ziehl diluée.

Le pus inoculé dans le péritoine d'animaux se montra absolument inactif, même à longue échéance. (La recherche du bacille de Koch et le cyto-diagnostic permettent d'écarter le diagnostic de tuberculose pleurale.) L'inoculation dans la plèvre des cobayes et de lapins fut également négative.

Toutes ces constatations bactériologiques se rapportent au bacille de l'influenza tel qu'il a été décrit par Pfeiffer, Netter, Ghon, Rosenthal, Beck, etc.

Les observations d'empyème à bacille de Pfeiffer se comptent. Pfeiffer en a le premier signalé deux cas (1890) où l'examen bactériologique ne décela que son bacille. Kapffstein, en 1895, l'aurait rencontré également ; mais cette observation est très discutée, l'auteur parlant d'un diplocoque et n'indiquant pas les caractères culturaux. Netter, cité par Landouzy, aurait fait dans un cas pareille constatation ; enfin Meunier l'a décelé également dans un empyème consécutif à une broncho-pneumonie grippale chez un enfant.

Ces pleurésies à bacille de Pfeiffer ne doivent pas être confondues avec les pleurésies grippales qui peuvent présenter toutes les modalités cliniques des pleurésies : séro-fibrineuses, purulentes, hémorragiques mêmes et dans lesquelles on a pu déceler les microorganismes les plus divers.

Il est extrêmement curieux de voir un microbe aussi peu pathogène que le bacille de Pfeiffer provoquer chez l'individu sain une suppuration étendue à toute la plèvre. En effet, chez les animaux, le micro-organisme qui nous occupe se montre absolument dépourvu de virulence ; nous avons pu nous-même vérifier le fait. Les inoculations de cultures bien poussées à tous les animaux et quel que fut le mode opératoire, se sont toujours montrées inactives. Comment expliquer cette contradiction apparente entre les données de la clinique et l'expérimentation ?

On pourrait dire tout d'abord qu'un microbe très virulent pour l'homme ne l'est pas toujours pour les animaux ; le fait existe pour certains germes et cette hypothèse expliquerait les résultats négatifs.

Pourtant dans certains cas des observateurs ont obtenu chez des animaux des infections mortelles qu'ils attribuaient à un effet toxique, car l'inoculation de cultures atténuées par la chaleur ou par un antiseptique conduisaient au même résultat.

Mais dans ces cas il a été impossible d'obtenir en partant du sang du cœur une culture du germe inoculé.

Or, chez l'homme, les faits de septicémie à bacilles de Pfeiffer existent (Pfuhl, Canon, Pfeiffer, Rosenthal). Meunier a trouvé ce germe dans le sang de deux enfants atteints de broncho-penumonie mortelle.

Jacobson, en 1901, s'est efforcé de reproduire chez l'animal cette infection par des associations microbiennes (staphylocoque et streptocoque). Les résultats qu'il a obtenus ne sont pas extrêmement probants.

Par contre Slatineano est arrivé, par un procédé nouveau, à augmenter la virulence primitivement nulle du cocco-bacille de la grippe. L'inoculation intra-péritonale de quelques gouttes d'acide lactique précédant d'une demi-heure l'injection du microbe détermine chez le cobaye une infection mortelle.

Nous avons pu répéter cette expérience avec le bacille isolé de notre empyème : deux gouttes d'acide lactique dans deux centimètres cubes d'eau suffirent à produire l'effet attendu. Or, de pareilles doses sont parfaitement inoffensives pour le cobaye, si on n'injecte pas secondairement du bacille de Pfeiffer.

L'animal inoculé préalablement meurt avec une péritonite purulente peu riche en éléments cellulaires (l'acide lactique éloignant les leucocytes) et l'on retrouve le bacille plus ou moins modifié, dégénéré, phagocyté parfois, mais toujours difficilement colorable.

Les poumons sont congestionnés, aux bases surtout, et d'une couleur rouge cerise. Le péricarde peut être rempli d'un liquide hémorragique. L'estomac présente des ulcérations (fait déjà signalé par Slatineano). La rate renferme en abondance des bacilles. L'examen histologique du poumon montre les altérations de la pneumonie grippale décrite par les auteurs (Beck chez l'homme). Les alvéoles congestionnées sont remplies par un exsudat cellulaire (leucocytes ou globules rouges). Il n'y a pas de fibrine ni dans les alvéoles ni dans les bronches. Le sang du cœur ensemencé sur gélose donne des cultures pures du microbe. Fait à noter, l'injection dans la plèvre avec de l'acide lactique chez le lapin et le cobaye s'est toujours montrée négative. Il en est de même de l'inoculation de mélanges de bacilles de Pfeiffer et de toxine staphylococcique, bien que Meunier et Griesberger aient signalé l'action favorisante de ce dernier microbe mélangé à celui de l'influenza.

En résumé, le bacille tel qu'il a été décrit par Pfeiffer est susceptible de produire chez l'homme des accidents graves, mais même dans ce cas il se montre peu pathogène pour les animaux. Pour triompher de l'état réfractaire de l'animal il est indispensable d'empêcher la phagocytose de se produire. Dans ces conditions, avec des doses massives, il est possible d'obtenir chez l'animal une septicémie mortelle.

Cette réaction biologique intéressante, parce qu'elle permet d'augmenter artificiellement la virulence du bacille de la grippe, pourra également être utilisée pour caractériser d'une façon plus nette le bacille de Pfeiffer dans les diverses circonstances où l'on peut être appelé à le rechercher en clinique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 avril 1906 (*suite*)

Présidence de M. Noquet, président.

Coxalgie gauche, disparition complète de la tête fémorale et atrophie considérable du fémur

Les radiographies que j'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine, proviennent d'une enfant de dix ans, traitée dans le service de M. le professeur Le Fort, au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. Elles ont été prises il y a quatre ans, deux ans et quelques semaines. Elles permettent de constater des lésions considérables du fémur gauche. La tête a disparu, le col n'est représenté que par un moignon insignifiant, et l'extrémité supérieure du fémur en « baguettes de tambour », rappelle un os des

arthropathies tabétiques. Il existe en outre une énorme atrophie du fémur dont le diamètre n'atteint guère que la moitié de celui du côté opposé. L'exactitude des renseignements fournis par la radiographie a pu être contrôlée au cours d'une opération pratiquée le 10 avril dernier, par M. le professeur Le Fort, pour obtenir une ankylose en abduction correctrice de l'extrême mobilité de l'articulation et du raccourcissement considérable du membre, réel et apparent.

Le commencement de cette observation a été publié par M. le docteur Phocas, dans un rapport sur le fonctionnement du service chirurgical à Saint-Pol-sur-Mer, en 1901-1902. Nous le résumons brièvement et y ajoutons la suite de l'observation. Il y manque les renseignements sur le début de l'affection, renseignements que nous n'avons jamais pu nous procurer.

B... Rachel, née le 18 janvier 1906, entre au sanatorium le 2 février 1900 pour une coxalgie gauche.

Attitude vicieuse avec flexion assez prononcée et légère adduction ; pas d'abcès.

Après cinq semaines d'extension, M. le docteur Gries fait un redressement brusque sous chloroforme et applique des appareils plâtrés qui alternent avec l'extension.

En décembre 1900, formation d'un abcès crural traité par l'éther iodoformé.

En août 1901, incision d'un petit abcès de la région trochantérienne fermé, puis rouvert, puis définitivement guéri en février 1902.

A cette époque, la coxalgie est toujours douloureuse.

En novembre 1902, est prise la première radiographie qui montre une luxation de la hanche avec disparition de la tête fémorale et atrophie considérable du fémur.

L'enfant supporte mal les appareils plâtrés et l'extension continue sur lit de Lannelongue, difficile chez elle, ne suffit pas pour lutter contre la tendance invincible à l'adduction.

En juillet et en novembre 1904, redressement sous chloroforme suivis d'appareils que l'enfant ne peut garder.

La ténotomie des adducteurs faite en juillet 1905, suivie d'appareil plâtré (mal supporté), puis d'extension continue, ne donne qu'un résultat temporaire.

10 avril. — Opérations par M. Le Fort. Narcose chloroformique. On constate l'absence de la tête fémorale : le grand trochanter est décapité et fixé dans une cavité osseuse creusée par rugination dans la fosse iliaque au-dessus probablement de l'ancien cotyle introuvable.

Appareil plâtré maintenant la cuisse en abduction.

24 avril. — On fenêtre l'appareil pour enlever les points de suture. Réunion per primum, sauf légère ulcération au niveau d'un fil, sans suppuration.

Sur un cas d'utilisation de l'appareil de marche chez une pottique atteinte d'arthrite tibiotarsienne

M. Cieren. — J'ai l'honneur de présenter à la Société centrale de Médecine, deux photographies provenant d'une fillette de dix-sept ans et demi, traitée au Sanatorium de St-Pol-sur-Mer.

Cette fillette, amenée au Sanatorium, dans le service de M. le professeur Le Fort, au mois de décembre 1902, présente un mal de Pott à gibbosité assez prononcée qui commence à la Ve vertèbre dorsale et se termine à la première lombaire. Le point saillant de la gibbosité comprend les Xe et XIe vertèbres dorsales. Ce mal de Pott a évolué de mai à décembre 1902, et à cette date il n'y avait plus de douleur et pas d'abcès en formation.

Traitée depuis par l'immobilisation sur lit de Lannelongue et par appareils plâtrés, l'enfant peut être considérée comme guérie. Par contre l'arthrite tibio-tarsienne du pied gauche a une histoire plus compliquée.

Elle débuta en janvier 1902, fut ponctionnée trois fois et grattée quatre fois : le 14 juin 1903 (Phelps), le 2 août 1903, le 3 janvier 1904, et dernièrement le 19 septembre 1905.

On ramena à la curette le scaphoïde, une partie de l'astragale, des parcelles de la face supérieure du calcaneum et de l'extrémité inférieure du tibia.

Actuellement il reste une fistule allant de la face externe à la face interne du pied et suppurant peu. La région n'est pas douloureuse.

Il était important de ne pas laisser cette grande fille immobilisée plus longtemps au lit, aussi M. Le Fort voulut-il essayer de la faire marcher. Ce n'était pas facile, car la fillette ne pouvait se tenir debout à cause des lésions du pied ; si on la laissait seule, la station n'était pas sûre et la fillette se balançait, avec les deux talons par terre. Elle se tenait recourbée à cause de son mal de Pott et lorsqu'elle essayait de se redresser elle se tenait un peu de côté et son talon gauche ne posait pas à terre.

Il fallait donc d'une part la redresser et d'autre part lui immobiliser le pied. On posa un corset plâtré et un appareil de marche.

Le corset est du modèle Calot, à attelles, largement fenêtré en avant. L'appareil de marche est l'appareil qu'on employait à St-Sauveur dans le service de M. le professeur Folet (1) et modifié par M. le professeur Lambret, chirurgien du Sanatorium de St-Pol (2).

La gouttière qui soutient cet appareil de marche a été, comme le montre la deuxième photographie, largement fenêtrée au niveau des fistules, et cela de chaque côté, afin de rendre le pansement possible et même facile.

(1) Voir thèse Lheureux. Lille, 1899.

(2) Rapports sur le fonctionnement du service chirurgical en 1904-1905 au Sanatorium de St-Pol-sur-Mer. Rapport de M. Lambret, p. 10.

La fillette marche actuellement assez facilement en boitant bien peu. Elle se tient cependant un peu penchée sur le côté sain, le côté malade étant surelevé par l'étrier de l'appareil de marche. Ce défaut disparaîtra quand on aura muni la fillette d'une chaussure à double semelle.

Tumeur du pli de l'aine

M. Charmeil présente, au nom de M. Gaudier et au sien, un enfant atteint il y a quelques mois, de tumeur du pli de l'aine, d'apparence sarcomateuse, tumeur fixée aux plans profonds ayant provoqué un décollement de la peau et étant jugée inopérable.

L'enfant a subi dix séances de traitement radiographique et sa situation générale s'est améliorée considérablement, en même temps que le volume de sa tumeur a rétrocédé.

Les résultats excellents ne peuvent être mieux jugés qu'en comparant la photographie de la tumeur avant toute intervention, et la cicatrice maintenant obtenue.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Des conditions sur lesquelles la vente de médicaments est permise aux médecins

Chacun sait, — ou doit savoir, puisque « nemo jus ignorare censetur », — que la loi du 21 germinal an XI, toujours en vigueur, réserve aux seuls pharmaciens le droit de vendre, soit des drogues au poids médicinal, soit des compositions ou préparations pharmaceutiques et médicamenteuses. A ce monopole exclusif, l'article 27 de ladite loi admet pourtant une dérogation. Il dispose que « les officiers de santé (ce qui s'applique aujourd'hui aux médecins en général), établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents (c'est-à-dire bien qu'ils n'aient pas le diplôme de pharmacien), fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte ».

Quelle est, au juste, la portée de cette exception édictée en faveur des médecins ? Question sur laquelle la Cour de cassation vient de statuer par un arrêt du 24 mars 1906 (« Gazette du Palais », du 19 mai 1906), dans les circonstanes suivantes :

En Corse, le docteur Balesi est établi à Porto-Vecchio, commune qu'il administre en même temps en qualité de maire. Dans un faubourg de Porto-Vecchio, à 300 mètres de la maison d'habitation du médecin, un pharmacien, M. Péretti, est établi, avec une officine ouverte. Seulement, cette officine n'est pas ouverte de façon constante. Pendant les fortes chaleurs de l'été, le pharmacien émigre, avec la majeure partie de la population de Porto-Vecchio, dans un hameau voisin, le hameau de l'Ospedale, où il ouvre alors une seconde officine. Et c'est une fois par semaine seulement qu'il revient à Porto-Vecchio pour y ouvrir sa pharmacie centrale.

S'appuyant sur ces circonstances spéciales, le docteur Balesi avait cru pouvoir profiter de la disposition spéciale de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, précitée, pour fournir des médicaments à ses clients, soit de Porto-Vecchio, soit des communes voisines dans lesquelles aucune officine de pharmacien n'était ouverte. Résultat : poursuite correctionnelle et condamnation du docteur Balesi à 500 francs d'amende, par arrêt de la Cour de Bastia du 20 décembre 1905.

Condamné, le docteur Balesi ne se tint pas pour battu, et il déféra l'arrêt de la Cour de Bastia à la Cour de cassation.

Devant cete juridiction suprême, il ne fit pas valoir moins de sept moyens, dont un tiré uniquement du « maquis de la procédure » et qui n'a d'intérêt que pour les juristes. Voici les six autres qui sont d'ordre médico-légal, et dont aucun — disons-le tout de suite — n'a eu l'heur d'être admis par la Cour de cassation.

1er moyen. — La Cour de Bastia aurait violé et faussement appliqué, soit les articles 26 et 27 de la loi du 21 germinal an XI, soit l'article 7 de la loi du 20 avril 1810, en ce que, étant saisie de conclusions tendant à décider que le demandeur (docteur Balesi) était établi dans un bourg ou agglomération distincte où n'existait pas une officine de pharmacien, elle n'a pas répondu à cette question et s'est bornée à dire que le demandeur était établi comme médecin dans une commune où existait une officine et à une distance de 300 mètres de celle-ci.

La Cour de cassation répond que, si l'article 27 de la loi de germinal an XI permet aux officiers de santé et aux médecins de fournir dans les bourgs, villages ou communes, des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seraient appelés, cette faculté ne leur est accordée qu'autant qu'il n'y aurait pas dans lesdits bourgs, villages ou communes, de pharmacien ayant officine ouverte ; d'où il suit que dans le cas où il y a un pharmacien ayant officine ouverte, la prohibition subsiste à leur égard ; — qu'il résulte d'autre part, des constatations de l'arrêt attaqué et des déclarations produites par Balesi lui-même devant la Cour d'appel de Bastia, que ledit Balesi est établi en qualité de médecin dans la commune et dans le bourg même de Porto-Vecchio ; que l'arrêt constate également que, dans la même commune et à une distance moindre de 300 mètres de la maison habitée par Balesi, le pharmacien Peretti, qui remplit d'ailleurs les conditions de capacité requises par la loi, tient une officine ouverte ; que, dans ces circonstances de fait par lui souverainement constatées, l'arrêt attaqué a décidé, à bon droit, qu'il n'y avait pas lieu de distinguer entre le bourg et le faubourg de Porto-Vecchio, et que le médecin Balesi ne pouvait invoquer le bénéfice de la disposition exceptionnelle prévue exclusivement dans l'intérêt des malades et inscrite dans l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI ; que la condamnation prononcée contre Balesi se trouve donc, en principe, justifiée, et que l'arrêt a répondu aux conclusions du demandeur.

2e moyen. — La Cour de Bastia aurait violé les articles 103 et suiv. Code civ. et faussement appliqué le principe que le juge de l'action est le juge de l'exception, en décidant que le docteur Balesi était domicilié à Porto-Vecchio, alors qu'il avait conservé son domicile d'origine dans une autre commune, à Quenza.

La Cour de cassation répond que la juridiction correctionnelle était compétente pour constater, comme elle l'a fait, que Balesi était établi, dans les termes de l'art. 27 de la loi de germinal an XI invoqué par le prévenu comme moyen de défense, et qu'elle était d'ailleurs conforme aux propres déclarations de Balesi ; qu'il n'y a donc pas violation des principes visés au moyen.

3e moyen. — La Cour de Bastia aurait violé le même art. 27, et, en outre, l'art. 7 de la loi du 27 avril 1810, parce que, tout en reconnaissant que l'officine du pharmacien Péretti à Porto-Vecchio n'était ouverte qu'une partie de l'année, et pendant que l'autre partie qu'une fois par semaine, elle a déclaré le docteur Balesi coupable du délit prévu par la loi de germinal an XI, comme si l'officine de Péretti était néanmoins une officine ouverte dans les termes dudit art. 27.

La Cour de cassation répond que l'arrêt de la Cour de Bastia explique, en fait, que, pendant les fortes chaleurs de l'été, le pharmacien Péretti émigre, avec la majeure partie de la population de Porto-Vecchio, au hameau de l'Ospedale où il ouvre alors une officine, et d'où il se rend une fois par semaine à Porto-Vecchio pour y ouvrir sa pharmacie centrale ; mais qu'il résulte, dans tous les cas, des constatations de l'arrêt que, pendant la plus grande partie de l'année où l'officine de Péretti est ouverte à Porto-Vecchio d'une façon permanente au public, Balesi, en fournissant des médicaments aux malades, a commis le délit qui lui est reproché, et qu'ainsi la peine prononcée contre lui est également justifiée.

4e moyen. — La Cour de Bastia aurait violé les art. 25 et 27 de la loi de germinal an XI, en ce qu'elle a déclaré le docteur Balesi coupable du délit prévu par ces textes, non seulement pour avoir fourni des médicaments aux malades auprès desquels il était appelé à Porto-Vecchio où, selon l'arrêt, il existerait un pharmacien ayant officine ouverte, mais à Sotta, Lecci et autres communes voisines, où l'arrêt reconnaît qu'il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte.

La Cour de cassation répond que l'exception de l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI ne s'applique, d'après la teneur dudit article, qu'aux officiers de santé et médecins établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte ; que cette exception est de droit étroit et ne peut recevoir aucune extension ; et que, du moment où l'arrêt constate que, dans la commune où Balesi est établi comme médecin, il existe un pharmacien ayant officine ouverte, ledit Balesi ne peut être adms à fournir des médicaments aux habitants des communes voisines, alors même que, dans ces communes, il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte.

5e moyen. — La Cour de Bastia aurait violé le même art. 27 à un autre point de vue, en déclarant le docteur Balesi coupable d'un délit, alors que cet article ne comporte aucune sanction pénale.

La Cour de cassation répond que la défense faite part l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI, à tous autres que les pharmaciens, de vendre des drogues au poids médicinal, est générale et absolue ; que, hors le cas prévu par l'art. 27, elle s'applique aux officiers de santé et médecins comme à tous autres, et que les individus qui y contreviennent doivent être punis correctionnellement des peines prononcées par la loi du 29 pluviôse an XIII, qui édicte, sauf le cas de récidive, une amende de 25 à 600 francs ; d'où il suit que l'amende de 500 francs prononcée par l'arrêt attaqué contre Balesi est légalement justifiée.

6e moyen. — La Cour de Bastia aurait violé les mêmes art. 7 de la loi du 20 avril 1810 et 27 de la loi du 12 germinal an XI, en ce que, étant saisie de conclusions tendant à reconnaître que si le prévenu pouvait être considéré comme exerçant la profession médicale à Porto-Vecchio, cet exercice ne durait que six mois de l'année et se poursuivait pendant six autres mois à Quenza où aucune officine de pharmacien n'est établie, elle ne s'est pas expliquée sur ces conclusions, et n'a pas tenu compte de cette circonstance, qui, pendant six mois de l'année tout au moins, l'autorisait à bénéficier de l'art 27 susvisé.

La Cour de cassation répond que, dans la partie des conclusions visées au moyen, le demandeur soutenait que la commune de Quenza, où il est né, était le centre de ses intérêts et de la circonscription médicale où il exerce sa profession, et que, domicilié à Quenza, il devait être considéré comme établi dans cette commune où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte ; mais que l'arrêt a répondu que Balesi est maire de Porto-Vecchio ; que c'est à Porto-Vecchio qu'il a son domicile et qu'il y est établi comme médecin ; que, d'autre part, ainsi qu'il a été dit en réponse au quatrième moyen, il importe peu qu'à Quenza il n'y ait pas d'officine de pharmacien, puisque le fait par Balesi d'être établi en qualité de médecin à Porto-Vecchio, souverainement constaté par l'arrêt, lui interdit de fournir des médicaments même aux habitants des communes dans lesquelles il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte.

Tous les moyens invoqués par le docteur Balesi devant la Cour de cassation étaient donc successivement repoussés. C'était la « débâcle » sur toute la ligne. Le pourvoi était rejeté, et la condamnation prononcée par la Cour de Bastia reste définitive. « Res judicata pro veritate habetur ».

J. J.

BIBLIOGRAPHIE

La Medecine anecdotique, historique et litterair recueil à l'usage des médecins, érudits, curieux et chercheurs, par le Dr Minime, Paris, 1906. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris-6e.

Le *Docteur Minime* est bien connu des médecins érudits, surtout depuis la la publication du *Parnasse hippocratique* qui a fait les délices des bibliophiles.

Les trois volumes qu'il publie aujourd'hui constituent un des recueils les plus curieux : à côté d'histoires médicales plus ou moins gauloises se trouvent des reproductions de pièces anciennes, dont il n'existe que les rares exemplaires dans nos bibliothèques publiques.

Nous y trouvons la reproduction des estampes sur la *Prostitution à Venise* au XVIe siècle, dont un exemplaire unique appartient à un de nos plus érudits collectionneurs ; ces 12 planches forment une collection extrêmement précieuse..

Le poème de Bretonnay ou sur la *Génération de l'homme,* que peu de médecins connaissent ; les *Infâmes sous l'ancien régime,* par Paul d'Estrées ; le *Culte phallique* et la pratique de la circoncision dans l'ancienne Egypte (planches très curieuses), constituent des reproductions d'œuvres rares et intéressantes.

Enfin, on trouve dans ces volumes le célèbre ouvrage de Lisset Benancio (Sébastien Colin) intitulé *Déclaration des abus et tromperies que font les apothicaires* d'après l'édition princeps qui existe à la bibliothèque nationale. Non seulement cet ouvrage est fort rare, mais il n'a jamais été réimprimé depuis le XVIe siècle ; cette édition est en outre annotée et corrigée par un de nos bibliothécaires les plus érudits.

Si l'on ajoute que ces trois volumes contiennent près de 125 estampes, reproductions et fac-simile, on voit que le chercheur trouvera dans la *Médecine anecdotique* une ample provision de matériaux et que cet ouvrage rendra de grands services aux bibliophiles et à tous ceux qui aiment à collectionner des documents pour servir à l'histoire des temps passés et présents.

Terminons en disant que l'*anecdote croustillante* fourmille dans ces volumes, dont la lecture est à la fois intéressante et amusante.

Diagnostic précoce de la Tuberculose pulmonaire chronique, par le Dr Louis Renon, Médecin de l'Hôpital de la Pitié, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris. (Paris, Rousset, 1906. Prix : 1fr. 50.)

Cette petite monographie est le résumé de trois conférences cliniques faites à l'hôpital de la Pitié sur le *Diagnostic précoce de la Tuberculose pulmonaire chonique.* Elle contient cinq chapitres. Dans le premier, M. Renon traite de l'optimisme du tuberculeux qui

vient encore ajouter aux difficultés du diagnostic. Dans le second et le troisième, il s'occupe des signes de la tuberculose, et des méthodes de laboratoire. Le quatrième est consacré au diagnostic différentiel.

Le cinquième chapitre indique comment, dans la pratique courante, il est impossible d'établir le diagnostic de la tuberculose tout à fait au début. Dans la séméiologie d'un cas à examiner, l'auteur montre les difficultés du diagnostic par l'auscultation, en raison de l'atélectasie pulmonaire nerveuse rencontrée chez les malades atteints du syndrome névropathique.

Ce petit livre vient à son heure, au moment où l'Académie de médecine s'occupe de la déclaration de la tuberculose et où le diagnostic précoce de la maladie s'impose de plus en plus.

Les Phenomenes de reduction dans les Organismes vivants par M.-Emm Pozzi-Escot ingénieur-Chimiste. Paris, 1906, (Bibliothèque des *Actualités Chimiques et Biologiques.*).

Ce volume forme le premier numéro d'une bibliothèque nouvelle des « Actualités Chimiques et Biologiques » édité par M. Jules Rousset ; l'auteur, qui a précédemment publié un grad nombre de recherches sur ce sujet, en offre dans le présent opuscule une mise au point claire et précise, tout à fait au courant des dernières acquisitions de la science.

Ce livre sera lu avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès des sciences physiologiques, car il vient à son heure marquer une transformation profonde dans l'ensemble de nos connaissances sur le fonctionnement cellulaire. Il nous montre les organismes vivants être le siège de phénomènes de réduction puissants, d'où découlent les bases alcaloidiques étudiées par M. Armand Gautier, et non pas comme on l'a toujours cru depuis Traube, une puissance d'oxydation.

Les serums immunisants, par le professeur Pozzi-Escot, Jules Rousset, éditeur. (*Actualités chimiques et biologiques*).

Ce petit volume de la collection nouvelle des *Actualités chimiques et biologiques* mérite un réel succès et il l'aura. M. le professeur Pozzi-Escot y étudie avec une merveilleuse limpidité les principes actifs des sérums immunisants.

Cette question est l'une des plus importantes à l'heure actuelle de toute la biologie ; quoiqu'on soit loin encore de la vérité définitive qui ne se fait jour que peu à peu dans ce domaine tout nouveau, les points déjà acquis méritaient depuis longtemps d'être mis en évidence et résumés d'une façon succincte. Il y a là des définitions de langage qui jusqu'à ces dernières années ont présenté des sens souvent multiples ; il importait de mettre toutes choses au point. Tel est le but qui a été pour suivi — et dans le petit livre que nous présentons aujourd'hui au public scientifique et médical

Mécanique chimique, par Emm. Pozzi-Escot, Jules Rousset, éditeur. des *Actualités chimiques et biologiques*.

Ce petit volume de la collection des *Actualités chimiques et biologiques* présente un intérêt tout particulier, car il est le seul ouvrage qui, jusqu'ici, dégage la mécanique chimique des sombres calculs qui en défendaient l'accès aux profanes.

Tout le monde pourra connaître maintenant les lois générales des actions chimiques et voir comment la science des réactions se dégage peu à peu de l'empirisme. Tout le monde pourra savoir ce qu'il faut entendre par cinématique chimique, la loi d'action de masse, les équilibres chimiques, la dissociation, la règle des phases, les phénomènes catalytiques.

Il est maintenant indispensable à tout esprit scientifique de connaître les principes mathématiques de l'activité physico-chimique de la matière. Le petit livre de M. le Professeur Pozzi-Escot en est l'exposé très intéressant, aisément abordable et indispensable à toute étude plus complète, qu'on peut trouver d'ailleurs dans ses autres et magistrales publications.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La 8e réunion de l'**Association des Anatomistes** vient d'avoir lieu à Bordeaux, les 9, 10 et 11 avril. Plus de soixante Congressistes étaient venus, de la France et de l'Etranger, parmi lesquels nous pouvons citer : les professeurs Waldeyer et Benda, de Berlin : Romiti de Pise ; Stirling, de Manchester ; Van der Stricht, de Gand ; Eternod et Cristiani, de Genève ; Buquion, de Lausanne, pour ne parler que des étrangers. Communications et démonstrations ont été nombreuses. L'accueil des Bordelais et particulièrement du président Viault, laissera à tous un souvenir inoubliable.

L'Association a choisi Lille comme lieu de réunion pour sa prochaine session les 25, 26 et 27 mars 1907. Lille a désigné comme président M. le professeur Hallez ; comme vice-présidents, MM. les professeurs Debierre, Curtis et Van Gehuchten.

Nous lui souhaitons d'avance la bienvenue dans notre Université..

UNIVERSITÉS

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Brouardel, professeur de médecine légale, est admis sur sa demande à la retraite à partir du 1er novembre 1906, et nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Guyon, professeur de clinique des maladies des voies urinaires, est admis sur sa demande à la retraite à partir du 1er novembre 1906, et nommé professeur honoraire.

— *Ecole de plein exercice de médecine de Rennes.* — M. le docteur Perret, professeur de clinique obstétricale,

est admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er novembre 1906, et nommé professeur honoraire.

— *Ecole préparatoire de médecine de Tours.* — M. le docteur BODIN, professeur de clinique médicale, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er mai 1906 et nommé professeur honoraire.

— *Ecole préparatoire de médecine de Poitiers.* — M. le docteur GRANDVAL, professeur de chimie, est admis à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er Novembre 1906 et nommé professeur honoraire.

— M. le docteur CHATIN, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé sur sa demande et pour raison de santé à M. le Professeur BONDET, du 1er Mai au 30 Juin.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur VIRES, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie générale.

— *Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.* — M. le docteur ARDIN-DELTEIL, agrégé près la faculté de Montpellier, est nommé professeur de clinique médicale en remplacement de M. COCHEZ, décédé.

— *Ecole préparatoire de médecine de Grenoble.* — M. le docteur VAILLANT est chargé d'un cours de physique jusqu'à la fin de l'année scolaire.

— *Ecole préparatoire de médecine d'Amiens.* — M. le docteur MOYNIER DE VILLEPOIX, professeur d'histoire naturelle, est chargé en outre, jusqu'au 31 octobre 1906, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et de physiologie.

— *Ecole préparatoire de médecine de Dijon.* — M. le docteur LECLERCQ est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurcales et de clinique obstétricale.

— M. le docteur VOISENET, chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

— *Ecole de plein exercice de médecine de Marseille.* — M. le docteur COTTE, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé d'un cours d'histoire naturellle durant le congé accordé sur sa demande à M. le professeur HECKEL.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur LORTET, professeur d'histoire naturelle, est admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire.

HOPITAUX

Paris. — Le concours pour trois places de **médecins des hôpitaux** s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs GUILLAIN, MILIAN et JOUSSET.

— Le concours pour deux places de **chirurgien des hôpitaux** s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs VEAU et PROUST.

— Le concours pour l'adjuvat **d'anatomie** vient de se terminer par les nominations suivantes : MOCQUOT, PICOT, SAUVÉ BARBIER et GUIMBELLOT.

Distinctions honorifiques

— **Instruction publique.** — Ont été nommés **officiers de l'Instruction publique** MM. les docteurs GARDETTE, GRUNBERG, HUGUENIN, PETIT, de Paris, PRUNAC, de Clermont-l'Hérault (Hérault) ; **officiers d'académie** MM. les docteurs ABRAN, ACHERAY, GOLDEFY, COUDERT, DEFRANCE, JULIA, MAUREL, RAOUL-DESLONGSCHAMPS, REGNAULT, SCHAPIRO de Paris ; BERTHOLET, de Toulon (Var), BOYER, de Sanary (Var), CLAVELIN, médecin major de 1re classe de l'armée; CORNET, de Gimat (Seine-et-Oise), DUROISEL de Sèvres (Seine), FABRE, de Virieu (Isère), SEMPÉ de Tarbes, (Hautes-Pyrénées).

— **Légion d'honneur.** — Ont été nommés chevaliers MM les docteurs RENARD, médecin major de 1re classe.

VOYAGE SCIENTIFIQUE

Les *Excursions Médicales Internationales*, œuvre scientifique d'enseignement médical complémentaire par la visite des Universités étrangères (anciens voyages médicaux) dont le siège est à Paris, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, et le Président d'honneur l'éminent Docteur Roux, organisent pour les vacances 1906, une excursion médicale en Allemagne.

Le Conseil d'administration des E. M, I. ne croit pas qu'il soit nécessaire d'insister pour démontrer tout l'intérêt que comporte un voyage scientifique de cette sorte, et se met dès maintenant à la disposition des membres du corps médical pour tous renseignements à ce sujet. S'adresser à l'administrateur-fondateur des E. M. I., M. Etienne Bazot, au service-annexe de l'œuvre, 184, rue de Rivoli, Paris 1er (téléphone : 121-08).

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 491. Dixième Année. N° 23 Le Numéro : **10** centimes 10 Juin 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Une épidémie de grippe chez l'homme et chez le cheval

Par le docteur **Grysez** (1)
médecin-major de 2e classe au 43e de ligne.

Nous avons assisté pendant l'année 1899-1900 au 27e régiment d'artillerie à l'évolution d'une petite épidémie de grippe à forme thoracique chez les hommes et d'une épizootie d'affections des voies respiratoires chez les chevaux.

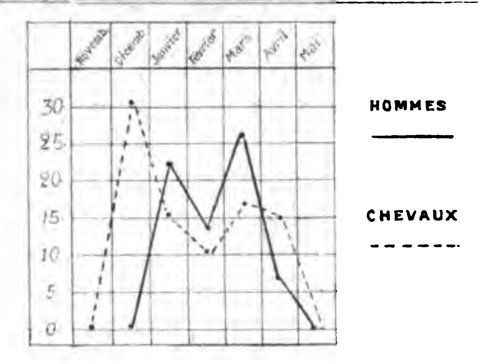
Ces deux poussées épidémiques nées presque en même temps eurent une évolution et une symptomatologie si semblables qu'il nous parut légitime de leur attribuer une origine commune et de les rapporter toutes deux à la grippe.

D'aurte part, en comparant les statistiques médicale et vétérinaire du régiment depuis 1889 nous avons pu constater que chaque année le même fait se reproduisait : les hommes, du mois de décembre au mois de mai, subissaient les atteintes de la grippe, et particulièrement le nombre des chevaux traités à l'infirmerie pour des affections des voies respiratoires augmentait sensiblement. Presque toujours les chevaux étaient atteints les premiers.

Il nous a semblé qu'il y avait là plus qu'une coïncidence et que nous nous trouvions en présence de faits de contagion du cheval à l'homme dont il y avait lieu de tenir compte dans l'étiologie et la prophylaxie de la grippe dans l'armée.

Histoire de l'épidémie. — En décembre 1899, trente chevaux entrèrent coup sur coup à l'infirmerie vétérinaire du 27e régiment d'artillerie pour des affections des voies respiratoires accompagnées de symptômes généraux accentués. Aucun cas de grippe ne s'était déclaré au régiment pendant ce temps, lorsque brusquement, en janvier 1900, 23 hommes furent atteints de grippe nettement caractérisée. Dès lors, et jusqu'au mois de mai, les cas de grippe et d'affections des voies respiratoires se succédèrent parallèlement chez les chevaux et chez les hommes, comme le montre le graphique suivant :

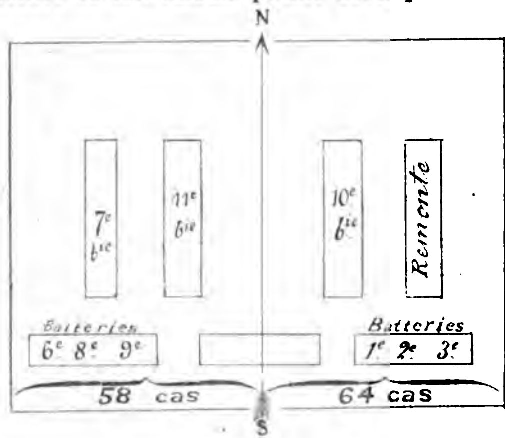
(1) Mémoire de candidature à la *Société de médecine du Nord*, avril 1906.



Cette première coïncidence dans l'époque d'apparition des cas ne fut pas seule à attirer notre attention : la statistique localiste que nous fîmes ensuite nous en montra une seconde.

L'affection des chevaux débuta chez les jeunes animaux de la remonte et resta cantonnée aux écuries de cette unité.

La grippe de l'homme se dissémina dans les différents bâtiments du quartier, mais d'une façon fort inégale. Or, ce sont précisément les bâtiments avoisinant la remonte, foyer primitif de l'affection chez les cheveux qui en comptèrent le plus grand nombre de cas. Le schema suivant montre ce fait mieux qu'une description.



Les bâtiments occupés par les batteries sont situés symétriquement de part et d'autre d'une ligne traversant la cour centrale du Nord au Sud. Quatre batteries sont logées à l'Est de cette ligne (10e, 1re, 2e, 3e) et entourent la remonte : elles fournirent 64 cas (environ 16 % de l'effectif) cinq batteries logées à l'ouest en fournirent 58 seulement (environ 11,6 %).

Une batterie occupant un bâtiment situé à 500 m. du quartier n'eut aucun cheval atteint et très peu d'hommes vers le mois de mars seulement.

Quant à l'évolution clinique des deux épidémies, sans être absolument identique, elle présenta plus d'un point de comparaison.

Chez l'homme la grippe se montra sous ses formes habituelles, surtout thoracique et intestinale ; le type mixte fut le plus fréquent. Le début était brusque, la température élevée atteignant d'emblée 39° ou 40°. Les malades accusaient une grande fatigue, de la rachialgie et de la céphalée, le pouls était petit, l'inappétence complète, les muqueuses nasale trachéale et oculaire enflammées. Une toux rauque, du larmoiement, des sueurs profuses accompagnaient en général ces symptômes ; les signes stéthoscopiques étaient insignifiants. Au bout de six ou huit jours tous ces signes disparaissaient ; la température après plusieurs oscillations redevenait normale, seules persistaient longtemps de la faiblesse et de la lassitude.

La forme thoracique avec ses angines, ses laryngites, ses bronchites apparaissant brusquement a été souvent observé. Ces manifestations s'accompagnaient d'une dyspnée parfois considérable mais fugace ; les signes donnés par l'auscultation n'étaient pas en rapport avec les symptômes généraux. La forme gastro intestinale a été rarement rencontrée seule elle a fait parfois penser à un début de fièvre typhoïde. La forme nerveuse a été également toujours associée aux autres types. Toujours la convalescence a été longue. Comme complications, la pneumonie, la broncho-pneumonie ont été fréquentes et surtout une tendance marquée des malades à suppurer. Les otites ont été nombreuses ; un homme a présenté une rhinite tenace.

Ces symptômes et ces complications sont communs dans toutes les poussées grippales ; nous ne les avons rapportées que pour les comparer à ceux qui furent observés en même temps chez les chevaux. Nous devons les détails qui suivent à notre camarade, le vétérinaire en second H. Martin, qui a bien voulu nous donner le résumé de ses observations.

Dans tous les cas le début de la maladie chez les chevoux fut brusque avec une température élevée d'emblée à 40° et même 41°. L'inappétence était complète, la tristesse et l'abattement très prononcés, la marche titubante le rein insensible au pincer, les muqueuses nasale et conjonctivale très enflammées. Cet état durait 8 à 10 jours, puis les animaux recouvraient la santé très progressivement, gardant longtemps de la lassitude et de la mollesse au travail. Comme dans la grippe de l'homme l'épizootie du cheval présente une forme thoracique se traduisant par les mêmes symptômes généraux accompagnés d'angine, de laryngite et de bronchite. La gorge était très sensible au toucher qui déterminait une toux rauque, quinteuse ; la bouche était chaude et sèche, la langue saburrale, la pituitaire enflammée, les ganglions sous maxillaires tuméfiés. Même quand l'inflammation s'étendait, l'auscultation ne érvélait pas de lésion du poumon, et l'on était frappé du défaut de corrélation qui exis-

tait entre les symptômes généraux et les signes stéthoscopiques.

Fréquemment avec ces symptômes du côté de l'appareil respiratoire, on observa des troubles de l'appareil digestif se traduisant par de la constipation ou de la diarrhée, des coliques et l'expulsion de crottins recouverts de fausses membranes.

Cette forme intestinale s'accompagna souvent de symptômes nerveux, tels que la paresse de l'arrière-main et une adynamie profonde.

Les complications furent fréquentes : les plus souvent observées furent la pneumonie et la broncho-pneumonie; deux fois la plèvre réagit et deux chevaux succombèrent à une pleurésie double avec épanchement.

On voit combien le tableau symptomatique des deux affections que nous venons d'exposer présente de points communs. Elles se sont attaquées aux mêmes organes ; dans les deux cas on a pu reconnaître au moins deux types principaux : la forme thoracique et la forme abdominale ; chez le cheval comme chez l'homme les types mixtes ont été les plus nombreux. La marche de la maladie a été la même : un début brusque, une période d'état à symptômes généraux alarmants, une convalescence longue et pénible. Les symptômes communs ont été nombreux : la température élevée d'emblée (39° chez l'homme, 40° chez le cheval) l'abattement de l'homme et l'adynamie du cheval, l'inappétence, l'inflammation des muqueuses, le larmoiement ; enfin l'absence de corrélation entre les symptômes généraux et les signes stéthoscopiques ont été relevés chez le cheval comme chez l'homme. Les complications ont été les mêmes.

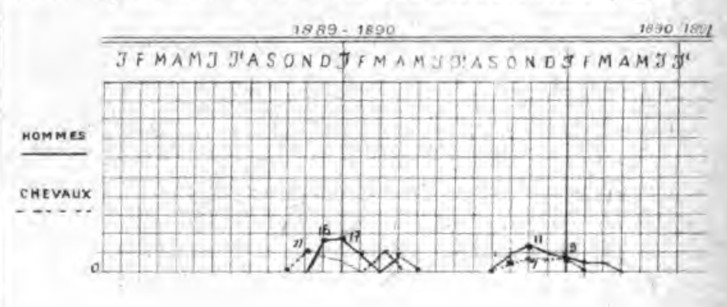
En résumé, les deux épidémies que nous venons de rapporter ont débuté à quelques jours d'intervalle; elles ont frappé les hommes et les chevaux habitant un même point du quartier ; elles ont présenté un tableau symptomatique analogue : tous ces faits nous semblent justifier la similitude du diagnostic porté dans les deux cas.

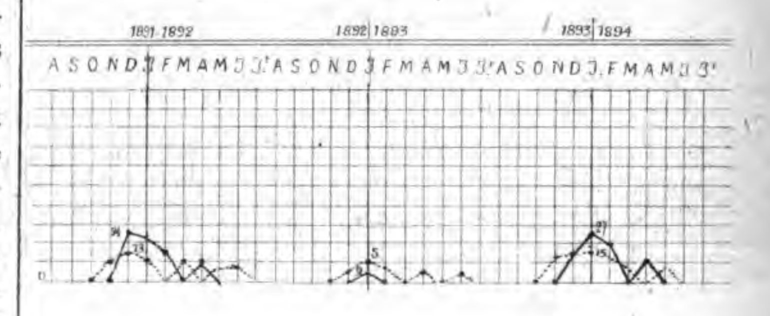
La grippe du cheval, bien que rarement étudiée a d'ailleurs été plus d'une fois décrite. Nous avons pu nous en convaincre en parcourant la littérature médicale vétérinaire.

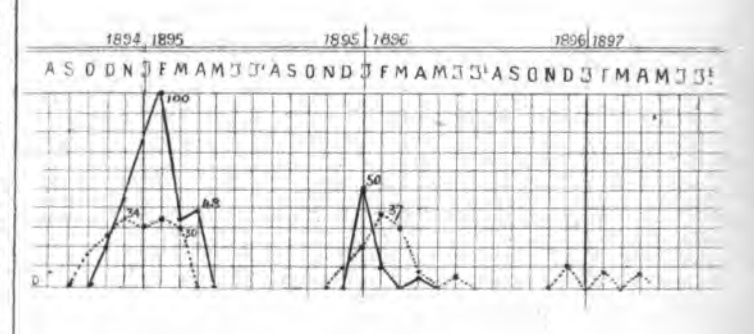
Champetier, vétérinaire au 24e d'artillerie, a décrit une épizootie qu'il rapporte nettement à la grippe; Alix, vétérinaire au 8e dragons, relate une épizootie d'influenza du cheval et montre que cette maladie se rapproche totalement par ses symptômes de la grippe de l'homme.

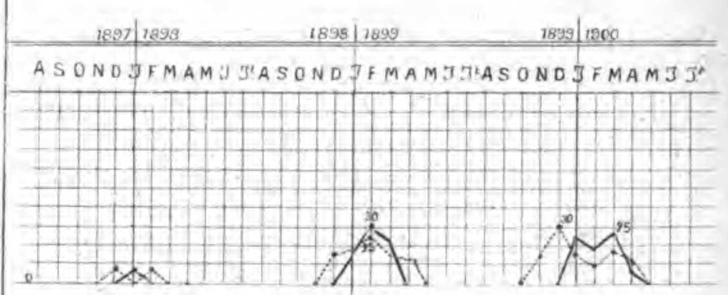
Des épizooties analogues ont été signalées au 23e d'artillerie, au 9e chasseurs, et les auteurs qui les ont décrites ont insisté sur l'analogie des symptômes observés avec ceux de la grippe humaine.

En relevant dans le Recueil d'hygiène et de médecine vétérinaires toutes les épidémies du cheval décrites depuis 1889 sous les noms de pneumonie infectieuse, typhoïde du cheval, bronchite épidémique, nous avons d'autre part été frappé de ce fait que les symptômes signalés par les auteurs sont presque toujours les mêmes : ce sont ceux qu'ont présenté nos chevaux au cours de l'épizootie qui fait le sujet de cette étude. « C'est le tableau symptomatique, dit M. Champetier à propos, d'une de ces épidémies, d'une maladie infectieuse fébrile, à for-









me asthénique, portant primitivement son action sur les centres nerveux, pouvant se compliquer ensuite des congestions les plus diverses. » Cette définition très exacte pourrait tout aussi bien s'appliquer à la grippe de l'homme. D'autres analogies existent d'ailleurs entre la grippe

du cheval et celle de l'homme. Toutes deux subissent l'influence des conditions athmosphériques ; elles offrent un même caractère saisonnier. Nous avons pu nous convaincre par l'examen des statistiques médicale et vétérinaire du régiment qu'elles débutent toutes deux entre novembre et mars. Comme la grippe de l'homme, celle du cheval frappe avec le maximum de fréquence dans les collectivités les sujets jeunes. C'est ainsi qu'au cours de l'épizootie que nous avons observée, 92 % des chevaux atteints avaient moins de 23 ans (70 % dans 8 épidémies que nous avons relevées dans le Recueil d'hygiène et de médecine vétérinaires. L'incubation de la grippe de l'homme est courte les auteurs lui attribuent en général une durée de 2 à 4 jours. Au cours de notre épizootie, celle du cheval a oscillé entre 4 et 6 jours.

Il existe donc une grippe du cheval ayant la même allure symptomatique que celle de l'homme, présentant avec celle-ci des analogies dans son étiologie, dans son incubation, épidémique comme elle et également contagieuse. Est-elle contagieuse du cheval à l'homme ?

Déjà en 1729, Frédéric Lœw de Vienne signalait au cours d'une épizootie catarrhale sur l'espèce chevaline des cas de trassmission à l'homme. En 1732 à Edimbourg, Huxcham constata que tous les chevaux de la ville et des environs avaient été atteints de toux et de coryza dès le mois d'octobre et de novembre, alors qu'en décembre éclata chez les habitants du pays une épidémie catarrhale se traduisant par des symptômes analogues. En 1743, en France la grippe fut précédée d'une épizootie catarrhale qui sévit chez les chevaux. En 1860, Charlier décrivit à Paris une influenza des chevaux au cours de laquelle Walther et Adam relatèrent des cas de transmission à l'homme. Enfin, plus récemment au cours d'un travail d'ensemble sur l'épidémie de grippe du 1er corps d'armée en 1889, M. le médecin principal Arnould, fit remarquer que, dans les garnisons composées de troupes à pied en même temps que de cavalerie ou d'artillerie, l'affection débuta toujours chez des cavaliers Au 24e régiment d'artillerie, d'après M. le vétérinaire principal Champetier, l'influenza débuta chez les chevaux vers la fin de novembre tandis que la grippe de l'homme n'apparut qu'à la fin de décembre. Il ajoute que presque tous les maréchaux ferrants furent frappés par la grippe et que l'affection débuta par eux dans le régiment.

Au 4e régiment du génie en 1897, M. le vétérinaire Lanartie fit la même constatation. Dans un travail publié par le *Dauphiné Médical*, il rapporte qu'il fut lui-même atteint l'un des premiers par la grippe, devenue ensuite, épidémique dans son régiment.

Nous avons vu qu'au cours de notre épidémie, les hommes atteints les premiers et les plus nombreux, habitaient des bâtiments situés autour des écuries de la remonte où l'épizootie avait débuté. En remontant dans l'histoire pathologique de notre régiment, nous avons constaté que chaque année depuis 1889 du mois de décembre au mois de mars, des cas de grippe se déclaraient chez les hommes, assez nombreux et groupés en petites épidémies semblables à celle que nous avons décrite au début de ce travail. Or, avec une régularité presque parfaite, chaque année à la même époque, on constate une recrudescence des entrées à l'infirmerie des chevaux pour des affections des voies respiratoires. Ce fait n'est qu'une indication, puisque jusqu'en 1899 le diagnostic de grippe n'était pas porté. Il a néanmoins une certaine valeur : il prouve qu'il y a toujours eu depuis 1889, une corrélation manifeste entre l'apparition de la grippe chez les hommes et l'état pathologique des chevaux qu'ils sont appelés à soigner. En second lieu l'examen des courbes que nous avons établies et que nous reproduisons ici nous a montré que dans la majorité des cas l'épizootie des chevaux débute avant l'épidémie des hommes ; fait qui vient à l'appui de cette opinion que la grippe du cheval est transmissible à l'homme.

Nous avons résumé dans le tableau suivant les dates d'apparition des premiers cas.

Années	Apparition des premiers cas chez les Chevaux	chez les Hommes
1889. 90	Novembre	Décembre
90 91	Octobre	Octobre
91 92	Novembre	Décembre
92 93	Décembre	Pas d'épidémie
93 94	Novembre	Décembre
94 95	Octobre	Novembre
95 96	Décembre	Janvier
96 97	Pas d'épidémie	Pas d'épidémie
97 98	Pas d'épidémie	Pas d'épidémie
98 99	Décembre	Janvier
99 1900	Décembre	Janvier

Si l'on admet que la grippe du cheval est contagieuse pour l'homme, une série de mesures de prophylavie s'imposent dès qu'une épozootie de cette affection s'est déclarée dans une collectivité où se trouvent réunis des hommes et des chevaux.

Il importe avant tout d'isoler les hommes des chevaux et il serait à souhaiter que dans aucun quartier, les hommes ne fussent logés au-dessus des écuries. Il faut veiller à ce qu'aucune pièce du harnachement, aucun objet de pansage ne soit conservé dans les chambres.

Dès que l'épizootie est constatée, il faut isoler les animaux atteints dans des locaux spéciaux particulièrement

bien aérés et éclairés. La désinfection des écuries contaminées doit être faite avec la plus grande rigueur.

Enfin l'attention des médecins doit être attirée sur les hommes chargés de donner des soins aux chevaux atteints. Une surveillance attentive pourra en décelant un premier cas éviter peut être l'apparition d'une épidémie.

Sur la vaccination contre la tuberculose par les voies digestives

Note de MM. **A. Calmette** et **G. Guérin** (1)

Les expériences que nous poursuivons depuis deux ans sur l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire, parallèlement avec Vallée, d'Alfort, et qui ont déjà fait l'objet de plusieurs notes à l'Académie, onus ont amenés à démontrer que, chez les animaux de diverses espèces (bovidés, caprins, rongeurs), l'infection tuberculeuse dup oumon n'est ordinairement pas due, comme on le croyait jusqu'ici, à l'inhalation de poussières infectantes, mais qu'elle résulte le plus souvent de l'absorption de bacilles tuberculeux virulents par le tube digestif. Les bacilles, introduits dans l'intestin, sont entraînés avec le chyle jusqu'aux ganglions mésentériques et y sont d'autant mieux et plus longtemps retenus que les animaux sont plus jeunes. Chez les adultes, lorsque la quantité de bacilles ingérés est considérable, ou lorsque l'ingestion de produits infectants est fréquemment répétée, les bacilles englobés par les leuccytes polynucléaires sont entraînés dans la grande circulation lymphatique jusque dans le cœur droit, d'où l'artère pulmonaire les projette vers les vaisseaux capillaires des poumons.

Lorsque les leucocytes n'ont englobé qu'un petit nombre de bacilles peu virulents, ils gardent leur mobilité, traversent les parois vasculaires et sont repris par le système lymphatique pulmonaire qui les dirige vers les ganglions péribronchiques ou médiastinaux. Ceux-ci les retiennent généralement, et c'est alors que peuvent apparaître les lésions d'adénopathie trachéo-bronchique, si fréquentes chez l'enfant.

Mais lorsque ces mêmes leucocytes ont englobé un grand nombre de bacilles ou des bacilles très virulents, ils perdent leur mobilité et, intoxiqués par la tuberculose, ils ne tardent pas à être frappés de mort. Ils deviennent bientôt la proie des cellules endothéliales vasculaires (macrophages). Dès lors, les cellules géantes se constituent et les lésions tuberculeuses intestinales (granulations grises) apparaissent.

Tel est, d'après toutes nos constatations expérimentales, le mécanisme exact de l'infection tuberculeuse.

Ces faits étant établis, nous avons été conduits à rechercher s'il serait possible de cacciner les animaux sensibles à la tuberculose, contre l'infection naturelle par le tube digestif, en leur faisant absorber, dans leur jeune âge, des bacilles tuberculeux modifiés, atténués ou privés de virulence.

Bien que nos expériences, portant sur 17 bovins et 15 chevreaux, ne soient pas encore assez nombreuses pour nous permettre d'en tirer des conclusions définitives, les résultats que nous avons obtenus sont suffisamment nets pour nous décider à en faire l'objet de cette note préliminaire.

On sait que Von Behring a montré qu'il était possible de vacciner les jeunes veaux contre la tuberculose bovine en leur injectant dans les veines, à deux reprises différntes, espacées de six semaines à deux mois d'intervalle, une petite quantité de bacilles tuberculeux d'origine humaine. Les animaux ainsi traités résistent bien à l'inoculation d'épreuve et à l'infection naturelle. Cette méthode s'est montrée efficace dans un grand nombre d'expériences, dont celle effectuée récemment à Melun par les soins de Vallée et Rossignol.

Elle n'est pas encore entrée dans la pratique, en raison de ce fait qu'elle présente quelque danger pour les animaux soumis à la vaccination, et aussi pour les expérimentateurs qui sont obligés de manier des bacilles tuberculeux humains virulents.

Guidés par nos travau xantérieurs sur la porte d'entrée normale de l'infection tuberculeuse et sur les réactions ganglionnaires qui accompagnent celle-ci, nous avons d'abord cherché à vacciner deux jeunes bovins en leur faisant ingérer successivement, avec une sonde œsophagienne, d'abord 5 centigrammes de bacilles tuberculeux d'origine humaine, puis quarante-cinq jours après, 25 centigrammes des mêmes bacilles. Quatre mois plus tard, nos animaux, ne réagissant pas à la tuberculine ont ingéré, en même temps qu'un témoin préalablement tuberculiné et reconnu indemne, un repas infectant de 5 centigrammes de tuberculose bovine fraîche. Trente-deux jours après, le témoin réagissait nettement (1°9) à la tuberculine, et les deux veaux qui avaient ingéré les deux repas vaccinants de tuberculose humaine ne présentaient aucune réaction

Il semble donc que la vaccination des jeunes bovins contre la tuberculose bovine puisse être réalisée par la simple ingestion, deux fois répétée à quarante-cinq jours d'intervalle, d'une petite quantité de bacilles tuberculeux vivants d'arigine humaine.

Mais cette méthode, quoique plus facile à mettre en pratique que celle de Von Behring, présente encore l'inconvénient d'exiger l'emploi de bacilles virulents pour l'homme et susceptibles d'être disséminés par les excrétions des animaux.

De multiples expériences, effectuées dans un autre but, nous ayant montré que les bacilles tuberculeux tués par la chaleur ou traités par divers réactifs passent à travers la paroi intestinale avec la même facilité que les bacilles vivants et se retrouvent dans les ganglions mésentériques et jusque dans le poumon, nous avons recherché si les jeunes animaux (veaux et chevreaux), auxquels on fait ingérer, à quarante-cinq jours d'intervalle, deux doses de 5 et 25 centgrammes de

(1) Communication faite à l'Académie des sciences, dans la séance du 11 juin 1906.

bacilles morts ou diversement modifiés dans leur vitalité et leur virulence, peuvent ensuite supporter impunément l'ingestion d'épreuve d'un repas de 5 centigrammes de tuberculose bovine fraîche, sûrement infectante pour les témoins.

Nous avons pu nous convaincre, jusqu'à présent, que les bacilles tuberculeux bovins tués par cinq minutese d'ébullition, ou simplement chauffés pendant cinq minutes à 70° et ingérés dans les conditions que nous avons indiquées ci-desssus, vaccinent parfaitement en quatre mois, et pour un temps dont il nous est actuellement impossible de préciser la durée, contre l'infection virulente par les voies digestivs.

Nous publirons dans un prochain mémoire le détail de ces expériences ainsi que les résultats d'autres actuellement en cours, pour lesquelles nous avons utilisé des bacilles atténués de diverses origines, ou des bacilles broyés dans l'alcool absolu, ou encore des bacilles bovins traités par l'iode ou par l'hypochlorite de chaux.

Mais, dès à présent, nous sommes fondés à admettre qu'on peut vacciner les jeunes veaux par simple absorption intestinale de bacilles modifiés par la chaleur, et que cette méthode de vaccination ne présente aucune sorte de danger.

Il reste à multiplier les expériences sur un nombre d'animaux suffisant pour justifier son application à la prophylaxie de la tuberculose bovine. Et si les résultats énoncés ci-dessus sont confirmés, rien ne paraît devoir s'opposer à ce que cette méthode de vaccination, sûrement inoffensive, soit appliquée à l'espèce humaine.

Nous pensons qu'il sera possible de mettre les jeunes enfants à l'abri de l'infection tuberculeuse naturelle en leur faisant ingérer, peu de jours après leur naissance et, unê seconde fois quelques semaines plus tard, une très petite quantité de bacilles tuberculeux d'origine humaine et bovine modifiés par la chaleur et mélangés à un peu de lait.

La seule précaution essentielle qu'il sera nécessaire et qu'il ne sera pas toujours aisé de prendre, consistera à tenir les enfants ainsi vaccinés, pendant quatre mois au moins, à l'abri de toute contamination tuberculeuse.

Pour répondre à cette indication, on sera sans doute amené à créer, surtout pour les nouveaux-nés de parents tuberculeux, des nourrisseries spécialement surveillées en vue d'y empêcher l'introduction de tout germe tuberculeux d'origine humaine ou bovine susceptible d'infecter les enfants jusqu'à ce qu'ils aient acquis l'immunité vaccinale.

Nous devons croire que les difficultés d'application que présente une telle mesure seraient de peu de poids en regard des immenses intérêts sociaux qu'il s'agit de sauvegarder et des avantages que trouverait l'humanité à préparer pour l'avenir une race d'hommes réfractaires à la tuberculose.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 11 mai 1906

Présidence de M. Nouqet, président.

Procédé de moulage de pièces anatomiques

M. **Le Fort**. — Comme je vous l'avais promis dans la dernière séance, je vous apporte aujourd'hui l'indication d'un procédé de moulage très simple pour les pièces anatomiques.

Ce procédé appartient à un assistant du regretté professeur Socin, de Bâle, qui me l'a communiqué en 1896.

On trempe de la gélatine dans l'eau, et on lui laisse absorber une quantité d'eau aussi grande que possible, puis on ajoute une quantité égale de glycérine et enfin un peu d'oxyde de zinc et de carmin pour colorer la pâte.

Les pièces aînsi préparées sont extrêmement simples et en même temps très résistantes, on peut les jeter contre le sol sans les détériorer, et elles se lavent parfaitement sous un courant d'eau.

Un cas d'ostéomalacie

M. **Le Fort**. — Il s'agit d'une fillette atteinte de tuberculoses multiples, chez laquelle se développe depuis dix-huit mois une ostéomalacie progressive. M. Le Fort présente huit radiographies prises à diverses périodes de l'affection.

M. **Oui** demande si la jeune malade, âgée de treize ans, présente des signes de puberté précoce.

M. **Le Fort** répond positivement.

M. **Oui** rappelle l'étiologie habituelle de la maladie. Le pronostic de l'affection étant défavorable, M. Oui se déclare partisan d'une intervention opératoire.

M. **Gaudier** signale le résultat heureux et inattendu des interventions opératoires antérieures chez cette fillette.

Anesthésie de la rétine d'origine traumatique

M. **Dubar**, d'Armentières, lit l'observation suivante :

B... Arthur, 46 ans, reçoit, le 6 mai 1906, un coup violent sur l'œil droit. L'examen pratiqué le lendemain montre une protrusion de l'œil avec chémosis inférieur. La cornée est anesthésiée, la pupille agrandie, déformée dans le sens vertical, paresseuse à la lumière ; le réflexe consensuel est conservé (Quand on éclaire l'œil malade, le gauche réagit vivement).

Le sujet ne voit rien quand on lui passe la main devant les yeux, mais il perçoit la lumière du miroir plan et la direction des rayons. Le fond d'œil ne diffère pas de celui du côté opposé.

Le 8 mai, plus d'exophtalmie, plus de chémosis, ecchymose sous-conjonctivale. Réflexe consensuel conservé.

Le 10, la vision revient un peu à la partie externe du

champ visuel. Le 11, même état. Pupille immobile. Plus de réflexe consensuel. Le malade voit toujours à la partie externe du champ visuel, mais il ne perçoit plus la lumière qu'on lui projette dans les autres portions.

Le globe de l'œil est légèrement douloureux à la pression à la partie inféro-externe. L'état des vaisseaux est sensiblement le même de l'autre côté.

Quand on éclaire l'œil gauche (sain), l'œil droit réagit vivement, plus vivement qu'au début.

Il n'y a aucune douleur péri-orbitaire, le globe de l'œil est à peine sensible quand on le repousse. C'est un coup de poing direct que le malade a reçu, la disparition de la réaction pupillaire est postérieure à la perte de la perception lumineuse. Il me semble donc qu'on peut éloigner l'idée d'une lésion rétrobulbaire et que c'est bien d'une anesthésie de la rétine qu'il s'agit dans ce cas, ce qui permet de poser un pronostic favorable.

Lymphadénie leucémique

MM. **Bertin** et **Dehon** présentent un malade atteint de lymphadénie leucémique traité depuis un an par la radiothérapie. Les bons effets cliniques du traitement, rendus facilement constatables par la comparaison des photographies prises avant, pendant et après les séances, ne s'accompagnent malheureusement pas de la disparition des lésions sanguines. Il y a tout lieu de croire, d'après les récents résultats hématologiques trouvés chez le malade, que le processus continue à évoluer malgré un traitement assidu.

Angiocholite chronique à forme de maladie de Hanot

MM. **Breton**, **Dehon** et **Minet** présentent un malade hospitalisé dans le service de M. le professeur Combemale, malade présentant une hypertrophie du foie considérable. L'histoire clinique est la suivante : il y a neuf ans, le sujet fait au Sénégal un accès palustre. Il revient en France et est atteint de dothiénentérie. Il guérit de cette affection, mais peu de temps après la convalescence le foie augmente de volume. L'ictère n'apparaît que plusieurs mois après, quand le flanc droit est déjà rempli par une tumeur volumineuse. Cet ictère qui est peu prononcé ne s'accompagne pas de décoloration des fèces, laisse le malade dans un bon état apparent et reste permanent durant neuf ans pour disparaître définitivement au mois de janvier dernier.

Actuellement tout l'hypogastre est rempli par la masse hépatique dont le bord a la consistance normale, mais dont le développement s'est surtout fait aux dépens du lobe gauche. La surface n'est pas dépressible, ni lobulée. La ponction profonde ne ramène que du sang. La rate est hypertrophiée, mais cette hypertrophie n'est pas comparable à celle du foie. Quelques ganglions dans les plis de l'aine.

L'examen de l'appareil respiratoire montre un peu de pleurésie sèche à la base droite.

L'examen radioscopique prouve la parfaite symétrie de la partie du diaphragme sus-jacente au foie.

Les troubles cardio-vasculaires sont nuls, exception faite des hémorrhagies fréquentes de la narine droite. L'appareil digestif est fréquemment troublé dans son fonctionnement : les digestions sont pénibles, la constipation est habituelle, les selles sont encore actuellement mal teintées. Il n'y a ni melœna, ni écoulement sanguin d'origine hémorrhoïdaire.

L'analyse de l'urine normale ou recueillie après épreuves faites dans le but d'éprouver l'insuffisance hépatique a donné les résultats suivants :

Glycosurie alimentaire (avec 150 gr.) négative.

Epreuve de l'indol. — Les urines habituelles renferment de l'indoxyle en excès.

L'épreuve de l'indol a été faite après trois jours de régime lacté, alors que toutes traces d'indoxyle spontané avaient disparu.

L'ingestion de un milligramme d'indol a amené le passage dans l'urine de 0 m/m 738 d'indoxyle (dosé d'après Maillard).

Recherche des éléments de la bile vrais et modifiés. — L'urine fraîchement émise et filtrée donne nettement la réation de Hay (caractéristique des sels et acides biliaires).

Par contre la recherche des pigments biliaires par le procédé de Gmelin aussi bien que par le procédé de Salkowski est nettement négative.

La rechercke de l'urobiline aussi bien par la spectroscopie que par le procédé de Roman et Delluc est nettement positive et dénote une grande quantité de ce pigment.

L'épreuve de l'ammoniaque n'a pu être faite, l'intolérance gastrique étant très marquée pour ce sel.

Volume des vingt-quatre heures : 1950 c. c.

Urée (d'après Folin) des vingt-quatre heures : 19 gr. 37.

Ammoniaque (d'après Schloesing) : 0 gr. 87.

Coefficient azoturique : 0,77.

L'examen du sang et du sérum montre les faits ci-dessous exposés : le dosage de la cholemie par le procédé de Gilbert-Herscher et Posternack démontre une teneur de 1 pour 35.000 en bilirubine.

La numération globulaire indique un nombre d'hématies égal à 5.100.000, de leucocytes égal à 15.593.

Formule leucocytaire :	monos :	grands	17 %
		petits	12 %.
	poly :		71 %
	éosinophiles		2.5 %

Il existe des myélocytes en assez grand nombre, 5.5 o/o du chiffre total des leucocytes.

Le dosage de l'hémoglobine par l'hémomètre de Fleichl donne 72 o/o.

A noter que le sang est difficilement coagulable et que la piqûre donne lieu à un écoulement sanguin difficilement tarissable.

Le séro-diagnostic a été négatif.

L'ensemble des faits cliniques engage les auteurs de cette présentation à formuler le diagnostic d'angiocholite chronique à forme de maladie de Hanot. Cependant, ces derniers font quelques réserves au sujet du diagnostic, eu égard à certains détails cliniques, (ictère tardif, absence de rétrocessions, faible adénopathie inguinale), et à certaines épreuves de laboratoire (examen du sang), qui peuvent laisser planer un doute sur la nature exacte de la maladie. Les antécédents paludéens et typhoïdiques n'ont sans doute pas été sans modifier la marche classique de l'affection.

M. **Surmont**, après examen du malade, conclut avec les auteurs de cette présentation au diagnostic d'angiocholite chronique. Pourtant, l'examen clinique, l'étude de l'évolution, la connaissance des antécédents infectieux lui font aussi garder quelque réserve. M. Surmont écarte le diagnostic de kyste hydatique, d'hypertrophie palustre, et admet jusqu'à plus ample informé le diagnostic porté.

Un cas de cancer multiple : Cancer primitif du foie, et squirrhe du sein coexistant chez une même malade.

MM. **Juste Colle** et **Paquet**.— M... Marie, 41 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le professeur Folet, le 10 avril 1906, se plaignant de douleurs vives et de sensation de gêne, dans les régions de l'épigastre, de l'ombilic et dans les flancs.

Mariée et mère de 5 enfants vivants, elle n'a perdu que 2 enfants : l'un mort en couches, l'autre mort de fluxion de poitrine. On ne relève dans le passé de la malade aucune maladie infectieuse ou autre. Comme antécédents elle eut un père mort subitement déjà âgé, et une mère morte d'apoplexie. De plus elle a 4 frères et sœurs bien portants. Une cinquième sœur cependant serait morte d'un sarcome du doigt.

Il y a dix ans, à la suite d'un accouchement laborieux, M... Marie souffrit de fortes douleurs lombaires, et 5 ans après, elle ressentit de violentes douleurs dans la région épigastrique avec un point dorsal correspondant. Cependant elle n'eut à ce moment ni hématémèse, ni melœna, ni vomissements, seulement de la constipation.

La maladie paraît remonter à 2 ans. A cette époque, en effet, les douleurs ressenties jusque là à l'épigastre s'étendent aux hypocondres et aux flancs ; à son entrée à l'hôpital la malade ne peut supporter dans ces régions une pression même douce, cette dernière augmentant sensiblement les douleurs.

A l'examen, une légère teinte subictérique sur les conjonctives et les téguments attire l'attention vers le foie et l'abdomen. Celui-ci est volumineux, tendu. La cicatrice ombilicale est déplissée et on sent une pointe de hernie. La percussion révèle un foie hypertrophié dont la limite supérieure est normale, mais dont le bord antérieur descend à 7 travers de doigt au dessous du rebord costal presque jusqu'à la crête iliaque.

La matité est absolue dans toute la région du foie ainsi hypertrophié. La palpation délimite un foie gros et bosselé ; la main peut en accrocher le bord inférieur avec la plus grande facilité. Il existe une légère circulation collatérale, et un peu d'ascite. Depuis un an M... Marie sent ses forces décroître de jour en jour et maigrit sensiblement. L'anorexie presque absolue s'accompagne de dégoût pour les graisses et les viandes. Pas d'hématémèse, mais une intolérance gastrique intermittente, la malade vomissant parfois les aliments aussitôt après les avoir avalés.

En outre il y a six mois, en octobre dernier, apparurent des phénomènes du côté du sein droit. A la palpation, on sent actuellement un noyau dur, du volume de deux œufs de poule. Cette tumeur est mobile sur le plan profond ; les téguments sont tendus, sillonnés par quelques varicosités, mais n'adhèrent pas encore intimement. La palpation de l'aisselle droite permet de sentir des ganglions indurés.

La malade dit aussi avoir perdu par le vagin du sang en très petite quantité depuis environ six mois. Cette métrorragie n'étant accompagnée d'ailleurs ni de pertes blanches, ni de fétidité. Le toucher décèle quelques granulations, ne semblant pas être de nature néoplasique. En présence de ces divers symptômes, le diagnostic qui semble s'affirmer est celui de carcinose multiple : cancer du foie, cancer du sein. En raison de la lésion hépatique, toute idée d'intervention doit être écartée.

Pendant les quelques jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, l'état que nous venons de décrire resta le même, et la température ne dépassa point 37°5.

Le 17 avril seulement, un changement se produisit : la légère teinte subictérique remarquée antérieurement chez la malade devint sensiblement plus foncée et en même temps on constata, dans la partie gauche de l'abdomen, l'existence d'une tumeur tendue, un peu fluctuante, paraissant superficielle, et dont la constitution ne fut révélée qu'à l'autopsie.

Le 17 au soir, le pouls de la malade étant devenu très faible, on dut faire des piqûres de caféine et d'huile camphrée pour soutenir le cœur. Le lendemain matin, M... Marie était en plein coma : le pouls petit, rapide, la respiration gênée et la mort survint vers 10 heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, une certaine quantité de liquide ascitique s'écoula, peu abondamment.

L'estomac et le côlon transverse étrangement dilatés par des gaz, se présentent dans la plaie ; cependant on parvient à retirer d'abord l'estomac avec les trois premières portions du duodénum, et le pancréas, dont la tête semble contenir un noyau peu volumineux mais dur. Les ligaments du foie détachés, cet organe est retiré. Il nous apparaît avec une coloration gris-rosé, volumineux, bosselé et dur.

Les reins ne relèvent rien de particulier. La rate est grosse. Rien du côté de l'utérus, et pas de tumeurs annexielles. Enfin dans la paroi abdominale, on se trouve en présence d'une masse tendue, rénittente, de l'étendue des deux mains, et occupant l'espace compris entre les côtes et la crête iliaque gauche. La gaîne du grand oblique est alors incisée au bistouri et immédiatement s'échappe une grande quantité de caillots sanguins. Ces derniers formaient la tumeur perçue seulement le 17 avril et qui n'existait pas lors des premiers examens faits sur la malade.

Nous devons à l'aimable obligeance de M. le professeur Curtis le compte-rendu suivant des lésions microscopiques du foie et du sein.

Foie énorme : poids : 3 kg. 500 ; dimensions transversales : 33 cm. ; diamètre antéro-postérieur : 25 cm. Le foie n'a pas changé de forme. Tous les accidents de la surface normale sont conservés. Il présente dans son ensemble une coloration brun clair semblable à celle d'un foie atteint de dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire est vide et ratatinée.

Sur la face inférieure et du côté du lobe gauche surtout, la surface paraît tatouée de taches blanches, qui tranchent sur un fonds brun jaune.

A la coupe le tissu hépatique est totalement méconnaissable. On ne retrouve ni la coloration d'un foie normal, ni le dessin lobulaire, et tout l'organe paraît constitué à première vue d'un tissu blanc grisâtre, marbré de ramifications ou de plaques vasculaires. Il faut, pour se rendre compte de la lésion, pratiquer une coupe totale de l'organe et l'on constate alors l'aspect suivant :

Sur une coupe transversale passant par la partie la plus large des deux lobes, il est facile de reconnaître que le tissu hépatique n'est conservé que dans une mince bande voisine de la face inférieure de l'organe et qui s'étend sur la face inférieure du lobe gauche.

Toute la partie superieure et surtout le lobe droit, est formée par une masse néoplasique unique affleurant sous la capsule, ne laissant subsister aucune trace de tissu hépatique. C'est cette masse de tissu qui donne à la surface la coloration grisâtre, et qui à la coupe présente l'aspect d'un tissu cancéreux.

Dans la partie inférieure du lobe droit et du lobe gauche le tissu néoplasique se présente sous forme d'une infinité de nodules arrondis, irréguliers, par places presque confluents, ailleurs encore nettement séparés par des travées de tissu hépatique.

La vésicule biliaire présente des parois énormément épaissies et adhère à une masse néoplasique, située immédiatement au-dessus d'elle, à l'intérieur du foie.

En somme plus des deux tiers de l'organe ont disparu et sont remplacés par un tout homogène, grisâtre, marbré de taches vasculaires. Il ne reste qu'un peu de tissu hépatique dans le lobe gauche et dans les parties inférieures du lobe droit.

C'est donc un cancer à nodules massifs, occupant la plus grande partie du lobe droit et se disséminant dans le reste de l'organe par petits nodules métastatiques. Au point de vue histologique la tumeur est nettement un cancer primitif.

Dans le lobe gauche on peut encore constater la continuité des nodules cancéreux avec les travées hépatiques. Ces nodules sont constitués dans cette région par des travées de larges cellules, tantôt placées en files régulières, tantôt agencées en vrais tubes à lumière centrale et pelotonnés sur eux-mêmes.

Dans les régions les plus avancées, le néoplasme perd ses caractères primitifs et se transforme en un véritable cancer alvéolaire. C'est ce que l'on constate dans le gros bloc massif qui occupe la plus grande partie du lobe droit.

Il s'agit donc d'un adéno-carcinome primitif, à nodules massifs et à disséminations nodulaires. La même malade portait au sein une tumeur dure. Des coupes pratiquées montrent qu'il s'agit d'un squirrhe du sein, avec dégénérescence graisseuse de l'épithélium.

Nous sommes donc en présence d'un cas de cancer multiple, cancer primitif du foie et cancer primitif du sein chez un même individu.

L'estomac, le pancréas, l'utérus et les annexes sont intacts. *(A suivre)*.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'époque d'exigibilité des honoraires médicaux

A quel moment le médecin a-t-il le droit de réclamer le paiement de ses honoraires ? Nos lecteurs s'étonneront peut-être tout d'abord que cette question puisse se poser. Et il est, en effet, des cas dans lesquels elle ne saurait être sérieusement soulevée.

C'est, en premier lieu, toutes les fois qu'il y aura eu convention expresse à cet égard entre le médecin et le client. Si même, par convention expresse, le médecin a stipulé qu'il serait payé d'avance, et si le client a accepté cette stipulation,

il y a là une convention licite, qui fait la loi des parties (art. 1134 Code civil), et qui permet évidemment au médecin de réclamer le paiement de ses honoraires dès avant qu'il ait prêté ses soins.

Pareillement, aucune difficulté ne se présentera quand un terme précis aura été convenu explicitement pour le paiement des honoraires. « Qui a terme ne doit rien », proclame un vieux brocard, que l'art. 1286 du Code civil a traduit en disant que ce qui n'est dû qu'à terme ne peut être exigé avant l'échéance du terme.

Mais, d'ordinaire, aucune convention expresse n'intervient entre médecin et client, non pas seulement en ce qui concerne le chiffre, mais de plus et surtout en ce qui concerne l'époque d'exigibilité et de paiement des honoraires. C'est alors que notre question peut se poser et être débattue devant les tribunaux.

De fait, elle s'est posée et elle a été débattue récemment devant le juge de paix du 5e arrondissement de Paris, dans les circonstances suivantes :

Un médecin, le docteur Dally, avait été appelé, le 14 novembre 1905, à soigner un ouvrier plombier qui venait d'être victime d'un accident du travail. Il continua ses soins au blessé pendant plusieurs mois. Puis fin février 1906, quand le montant de ses honoraires accumulés atteignit 300 francs, il en demanda le paiement au chef d'entreprise, directement responsable, d'après les termes de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifié par la loi du 31 mars 1905.

Refus du patron. Le patron alléguait que, d'après un rapport du docteur Vibert, médecin légiste, les lésions de l'ouvrier ne seraient vraisemblablement pas consolidées avant le 6 avril, et qu'en conséquence le docteur Dally devait continuer ses soins à l'ouvrier jusqu'à cette époque. Et il en concluait que la créance d'honoraires du docteur Dally était quant à présent indéterminée, qu'elle ne pourrait être déterminée dans son chiffre qu'après la guérison complète de l'ouvrier et la cessation du traitement médical, que jusque-là une action en paiement était non recevable comme prématurée.

Voici ce que, par jugement du 6 avril 1906, le juge de paix répondit à cette prétention.

Attendu qu'aux termes du quatrième alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905, le médecin qui a donné ses soins à la victime d'un accident du travail a, pour le remboursement des honoraires qui lui sont dus conformément à la loi, une action directe contre le chef d'entreprise, et que cette action doit être portée devant le juge de paix du canton où l'accident s'est produit ; que, d'après l'article 15, le magistrat cantonal connaît des demandes de cette nature jusqu'à 300 francs, en dernier ressort, et à quelque chiffre qu'elles s'élèvent, à charge d'appel, dans la quinzaine de la décision ;

Attendu que le sieur Ernest Macrou, inspecteur à la Caisse commune de l'industrie et du bâtiment, fondé de pouvoir du sieur Mahey (le chef d'entreprise), propose un déclinatoire d'incompétence tiré de ce que, d'après un rapport du docteur Vibert, médecin légiste, les lésions de Georgiat ne devant être consolidées qu'à la date du 6 avril, le docteur Dally aurait, vraisemblablement, à continuer ses soins au blessé jusqu'à cette époque, et que, partant, sa créance définitive serait, quant à présent, indéterminée ; qu'il faudrait forcément attendre, pour la fixer, la cessation du traitement ;

Attendu que l'obligation du sieur Mahey de supporter les frais médicaux occasionnés par l'accident survenu à son ouvrier n'est pas contestée, ainsi qu'il résulte des conclusions prises au nom du débiteur ; que celui-ci, en réalité, se borne à plaider que l'action du requérant serait prématurée ;

Attendu qu'en ce qui concerne les époques adoptées par l'usage pour le recouvrement des honoraires des médecins, on peut diviser la clientèle en quatre catégories : 1° clientèle à payement annuel ; 2° clientèle à paiement semestriel ; 3° clientèle à paiement trimestriel ; 4° clientèle à paiement facultatif ; que la plupart des médecins ont pris pour habitude de n'envoyer leurs notes qu'une fois par an, en décembre ou en janvier généralement ; que d'autres les envoient tous les six mois, d'autres enfin tous les trois mois ; qu'il en est de plus complaisants qui laissent dormir plusieurs années une partie au moins de leurs créances et même qui n'envoient jamais de notes ;

Attendu qu'en adoptant de trop courts délais pour le payement de leurs honoraires, les médecins s'exposent à mécontenter leurs clients ; qu'en en adoptant de trop longs, ils courent le risque de se voir opposer la prescription ;

Attendu que, pour éviter ces inconvénients, les Syndicats médicaux ont adopté : les uns, le paiement annuel, c'est-à-dire l'envoi de la note, d'un modèle uniforme, au commencement de décembre ; les autres, le paiement semestriel, c'est-à-dire six mois au plus tard après la cessation du traitement;

Attendu que, quoi qu'il en soit, on ne peut établir de règles fixes en pareille matière ; que le médecin sera toujours seul juge de savoir quand il devra réclamer le prix de ses soins ; que ce sera pour lui une question de conscience, de tact et d'opportunité ;

Attendu que beaucoup de chirurgiens ont adopté de courts délais, et qu'il y en a même qui se font payer d'avance le prix de leurs opérations ;

Attendu que, rigoureusement, un médecin est donc parfaitement en droit de réclamer ce qui lui est dû à chaque visite ou après chaque intervention, et qu'il n'est nullement tenu de laisser s'accumuler les honoraires afférents à tout un traitement ;

Attendu qu'à la vérité, dans la majeure partie des cas, cette façon de procéder pourrait être considérée comme un acte d'un goût contestable ; mais que, certes, il y aurait excès de scrupule à qualifier cet acte d'illégitime ;

Attendu que la situation du médecin, à cet égard, est la

même que celle d'un fournisseur, et, par exemple, d'un pharmacien qui n'est pas obligé de faire un crédit plus ou moins important, et de ne réclamer le prix de ses fournitures qu'à la fin d'un traitement ;

Attendu que, dans cet ordre d'idées, le docteur Charles Floquet, médecin en chef du Palais de justice de Paris, dans son Code pratique des honoraires médicaux, rapporte qu'en Amérique et en Angleterre il est d'usage de régler à chaque visite les honoraires ; que, dans ce dernier pays, le médecin touche, paraît-il, lors de sa première visite, le prix de deux, et le prix d'une à toutes les autres ; qu'il est ainsi toujours payé d'avance d'une visite, et que le jour où il ne reçoit rien, il sait qu'il ne doit plus revenir ;

Attendu que, sans préconiser cette méthode, qui est d'ailleurs un excellent moyen d'éviter les contestations entre médecin et malade, il est permis d'affirmer qu'elle est au moins de nature à justifier la prétention des chirurgiens qui, usant de tact et de modération, réclament payement anticipé ou exigent des garanties avant d'entreprendre une opération importante, plus encore celle des médecins qui, alors qu'il leur est déjà dû une somme relativement considérable, jugent opportun de percevoir la rémunération acquise, sans attendre la complète guérison du malade et se préoccuper des soins futurs ni de la rémunération à laquelle ils pourront donner lieu ;

Attendu, au demeurant, que le défendeur à la présente instance n'apporte pas et n'offre pas d'apporter la preuve que le docteur Dally, depuis le 28 février, n'a pas cessé de soigner Georgiat, jusqu'à la consolidation de sa blessure ;

Attendu que si fantaisiste, si inexplicable que soit l'exception proposée par la défense, elle n'en rend pas moins nécessaire l'application de la disposition du deuxième alinéa de l'article 14 de la loi du 25 mai 1838, suivant laquelle, dès l'instant que le juge de paix est appelé à statuer sur sa compétence, soit qu'il admette le déclinatoire, soit qu'il se retienne la connaissance du litige, sa décision est sujette à appel, quoique la contestation, au fond, soit susceptible d'être jugée en dernier ressort ; qu'en effet, le déclinatoire n'est pas un simple incident du procès ; que c'est bien réellement une demande principale, et que le droit d'avoir tel juge plutôt que tel autre ne tombe pas en évaluation ;

Attendu que, dans une instance, les frais suivent le principal ;

Par ces motifs : — Statuant par jugement contradictoire en premier ressort ; — Rejetons, comme non recevable et mal fondée, l'exception d'incompétence proposée ;

Et, au fond, Condamnons le sieur Mahey à payer la somme de 300 francs au docteur Dally pour les causes sus-énoncées; ensemble les intérêts de droit. — Le condamnons, en outre, aux dépens.

La solution s'imposait, en l'espèce. Le juge de paix l'a motivée surtout par des considérations de sentiment. A nos yeux, elle se justifie très aisément et très solidement sur le terrain du pur droit : il suffit d'envisager le caractère juridique de la créance d'honoraires du médecin.

On a beaucoup discuté, et l'on discute encore, la question de savoir quelle est la nature juridique du contrat qui intervient entre le médecin et un client. Est-ce un contrat innommé ? Est-ce un mandat ? Est-ce un louage d'ouvrage ou de services ? Tout cela peut être soutenu et a été soutenu. Mais, quelle que soit l'opinion à laquelle on se rallie sur cette question, on ne saurait méconnaître qu'entre médecin et client, il se forme un contrat synallagmatique et commutatif : un contrat synallagmatique ou bilatéral, parce que chaque contractant s'oblige envers son cocontractant, le médecin s'obligeant à donner ses soins, le client s'obligeant à les rémunérer (Art. 1102 du Code civil); un contrat commutatif, parce que chacun des contractants s'engage à donner ou à faire une chose qui est regardée comme l'équivalent de ce qu'on lui donne ou de ce qu'on fait pour elle, les soins que le médecin s'engage à donner étant regardés comme l'équivalent des honoraires que le client s'engage à payer (Art. 1104 Code civil).

Or, pour détruire les conséquences qui, au point de vue qui nous occupe ici, doivent découler de cette analyse, de ces caractères du contrat entre médecin et client, deux hypothèses doivent être distinguées.

Ou bien — comme cela arrive parfois, les honoraires sont la représentation, l'équivalent, du « traitement » que le médecin promet ou fournit. Il s'agira du traitement à forfait de telle maladie, il s'agira d'une opération chirurgicale, il s'agira d'un accouchement, etc. En pareil cas, le montant global des honoraires est bien la représentation du traitement tout entier. Et, comme le traitement est indivisible, nous croyons que, — sauf convention contraire, soit expresse, soit tacite, c'est-à-dire résultant d'un usage, au sens juridique de ce mot, — l'honoraire est également indivisible, donc qu'il ne peut être réclamé qu'après que le traitement a été entièrement fourni.

Ou bien, — comme cela arrive le plus souvent, comme le cas se présentait devant le juge de paix du V[e] arrondissement de Paris, — les honoraires sont fixés expressément ou tacitement à tant la visite, à tant l'opération. Exemples dans l'arrêté ministériel, du 30 septembre 1905, qui fixe le tarif des frais médicaux et pharmaceutiques en matière d'accidents du travail. En pareil cas, nous nous trouvons en présence d'un contrat qui se forme par des prestations successives envisagées séparément les unes des autres : on doit considérer que chaque prestation donne naissance à une créance, et que, par conséquent, les honoraires du médecin se décomposent en créances successives distinctes les unes des autres. A notre avis, le contrat entre médecin et client n'est pas autre chose qu'un contrat de louage d'ouvrage ou de services, contrat rentrant dans la définition que l'article 1710 Code civil donne du louage d'ouvrage : « contrat par lequel l'une des parties

s'engage à faire quelque chose pour l'autre, moyennant un prix convenu entre elles ». Du moment que chaque prestation promise par le médecin est fournie par lui, l'équivalent en argent promis pour chaque prestation par le client est dû par ce dernier et dû immédiatement. « Donnant, donnant ».

En somme, étant admis qu'il s'agit d'une convention, d'un accord des volontés du médecin et du client, il faut rechercher sur quoi a porté cet accord, cette convention (**ve nire cum**), sur quels points les volontés du médecin et du client se sont rencontrées. Et quand, faute de stipulations expresses, un doute subsiste à cet égard, il faut s'en référer aux règles d'interprétation des conventions que formule le Code civil, notamment dans ses art. 1156 et 116 : « On doit, dans les conventions, rechercher quelle a été la commune intention des parties contractantes »; « On doit suppléer dans le contrat les clauses qui y sont d'usage, quoiqu'elles n'y soient pas exprimées », n'oubliant pas que, d'après un brocard, très antique mais toujours vivant, **eadem vis est expressi atque taciti consensus.**

Aussi, quand les tribunaux sont saisis de questions de ce genre, que devront-ils le plus souvent décider ? C'est que, si les soins du médecin sont fournis ou doivent être présumés fournis à tant la visite ou l'opération, il naît au profit du médecin autant de créances successives qu'il y a eu de visites ou d'opérations successives, chaque créance du médecin et, par suite, chaque dette du client correspondant au service, à la visite, à l'opération qu'elle a pour objet de rémunérer. Or, chacune de ces dettes doit être présumée pure et simple, puisque la règle est l'obligation pure et simple. Le terme est, comme la condition, une modalité de l'obligation pure et simple ; une modalité est une exception ; une exception ne doit pas être présumée : **exceptiones sunt strictissimae interpretationis**. Donc, en principe, chaque créance du médecin, chaque dette du client est, dès aussitôt sa naissance, immédiatement exigible.

J. Jacquey.

NOUVELLES & INFORMATIONS

— L'« **E. M. I.-1906** » visitera les principales institutions médico-scientifiques de l'Allemagne (Universités, Hôpitaux, Stations thermales les plus réputées). Départ de Paris, le jeudi soir 9 août.

10 Août : Aix-la-Chapelle, Cologne. — 11 Août : Cologne, Bonn. — 12 Août : Bonn. — 13 Août : Wiesbaden. — 14 Août : Francfort. — 15 Août : Marbourg. — 16 Août : Leipsig. — 17, 18 et 19 Août : Berlin. — 20 Août : Dresde. — 21 Août : Heidelberg. — 22 Août : Baden-Baden. — Retour à Paris, le Jeudi soir 23 Août.

Le concours de nos confrères allemands, ainsi que celui des Bourgmestres et des Municipalités, nous est acquis partout sur notre passage. — Parmi les réceptions qui nous seront faites dans chaque ville, signalons dès aujourd'hui celles de Francfort, Marbourg, Berlin, Heidelberg et Baden-Baden. — A Marbourg, les médecins français seront admis à l'Institut d'Hygiène de son Excellence M. le professeur Von Behring.

Les adhésions doivent parvenir le plus tôt possible et en tous cas avant le 20 Juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Etienne Bazot, administrateur-fondateur des « Excursions Médicales Internationales », au service Annexe de l'Œuvre, 184, rue de Rivoli, Paris-1er (Téléphone : 121.08).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Les eaux minérales envisagées comme ferments métalliques**, par le docteur Binet, Saint-Honoré-les-Bains, 1906.

— **Torticolis oculaire et strabisme sursumvergent**, par le professeur de Lapersonne, extrait des *Archives d'Ophtalmologie*, 1905.

— **Syphilis et myopie**, par le professeur de Lapersonne, extrait des *Archives d'Ophtalmologie*, 1905.

— **Acromégalie et hémianopsie bitemporale**, par le professeur de Lapersonne, extrait des *Archives d'Ophtalmologie*, 1905.

— **Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi, adopté par la Chambre des députés sur l'emploi des composés de plomb dans les travaux de la peinture en bâtiment**, par le docteur A. Treille, sénateur, Annexe n° 135 aux procès-verbaux des séances du Sénat, session ordinaire de 1906.

— **Anomalies vasculaires par arrêts de développement**, par le docteur G. Gérard, extrait de la *Bibliographie Anatomique*, 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 492. Dixième Année. N° 24 Le Numéro : **10** centimes 17 Juin 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Appendicite parasitaire. — Avortement. Appendicectomie à froid. — Guérison (1)

par le docteur **M. Oui**,
professeur-adjoint à l'Université de Lille.

La nommée S... Joséphine, âgée de 22 ans, entre au service d'accouchement de l'hôpital Saint-Sauveur, le 28 mars 1904, à 4 heures de l'après midi.

Antécédents héréditaires sans intérêts.

Antécédents personnels : aurait eu de l'anémie à l'époque de la puberté.

Premières règles à 14 ans, très irrégulières la première année, très régulières depuis.

(1) Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, 11 juin 1906.

Première grossesse menée à terme en 1902. L'enfant est actuellement bien portant.

Après sa grosesse, elle aurait, à cause de douleurs dans le bas-ventre, fait un séjour à l'hôpital où, dit-elle, elle aurait été soignée pour salpingite. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle aurait continué à souffrir du ventre, par intervalles, les douleurs étant toujours localisées à droite. Dernières règles du 6 au 13 décembre 1903. Depuis ce moment la malade eut quelques rares vomissements et souffrit moins du ventre qu'auparavant.

Vers le 20 mars, les douleurs abdominales reparurent. Elles étaient très vives, surtout à droite. La malade ne pouvait plus se tenir debout et fut obligée de rester assise ou couchée. Jusqu'au 27 mars, douleurs abdominales de plus en plus vives et constipation opiniâtre.

Le 27 mars, à midi la malade remarqua qu'elle perdait du sang. Elle ressentit alors, dans le bas-ventre, des douleurs intermittentes qui, vers dix heures du soir, se rapprochèrent se reproduisant toutes les dix minutes environ et augmentèrent d'intensité.

Le 28, les douleurs et les pertes sanguines continuant, elle entrait à l'hôpital et expulsait, à huit heures du soir, un fœtus d'environ trois mois et demi, puis, le 29, à cinq heures et demie du matin, le placenta était expulsé à son tour. La température reste toute la journée à 37°. La malade continuant

à se plaindre du ventre et n'ayant pas été à la selle depuis cinq jours, on lui donne, le 30 au matin, un lavement qui amène deux selles abondantes.

A la visite du matin, on constate, en palpant le ventre, que toute la fosse iliaque est douloureuse. A ce niveau, la palpation détermine une défense si énergique de la paroi abdominale, qu'on serait tenté de croire à l'existence d'un plastron inflammatoire. La température est à 37°2, le pouls à 90. Le fond de l'utérus, senti au-dessus du pubis est parfaitement indolore, les lochies sont normales et ne présentent aucune fétidité.

Le soir, la température atteint 38° ; le pouls est à 100. L'état général est satisfaisant. Le ventre est souple sauf au niveau de la fosse iliaque droite où on note toujours une forte défense de la paroi.

Glace sur le ventre, cinq centigrammes d'extrait thébaïque. Eau et lait en petite quantité.

Le 31, la température est à 37°5 le matin et à 37 le soir. Le pouls bat à 90, la défense de la paroi abdominale a sensiblement diminué.

Le 1er avril, la température est à 37° matin et soir, la malade ne souffre plus, la défense de la paroi abdominale a presque complètement cessé.

Le 2 avril, température 36°5, pouls à 80, plus de douleurs, aucune défense de la paroi. Suppression de la glace et de l'opium et retour à une alimentation légère : lait, potages, purées.

A partir de ce moment, calme parfait, la température oscille entre 36°5 et 37, le ventre reste absolument souple et indolore.

Convaincu, pour les raisons sur lesquelles je reviendrai plus loin, que je venais d'assister à une crise d'appendicite légère, qui, fort probablement, n'était pas la première, je proposai à cette femme une intervention qui fut acceptée et que je pratiquai trois semaines après la crise, c'est-à-dire après un délai qui me parut suffisant pour un refroidissement complet.

Opération pratiquée le 21 avril. — Incision le long du bord externe du muscle droit. Aussitôt le péritoine incisé, l'appendice se présente. Il est lié, ainsi que son méso, puis sectionné. Le moignon appendiculaire, touché au thermo-cautère, est ensuite enfoui sous une frange épiploïque. Suture en trois plans de la paroi abdominale. Au cours de l'opération, je puis attirer dans la plaie et examiner la trompe et l'ovaire droit qui sont absolument sains.

Suites opératoires normales, sauf un petit hématome de la paroi qui s'est résorbé spontanément.

Examen de l'appendice. — Cet examen a été fait, dans le laboratoire de mon collègue, le professeur Curtis, par M. le docteur Gellé, préparateur des travaux pratiques d'anatomie pahologique, qui m'a remis la note suivante :

L'appendice est rouge, tuméfié, turgescent dans toute sa longueur. En l'ouvrant parallèlement à son grand axe, on y constate la présence de deux trichocéphales dont l'extrémité effilée est promptement implantée dans la muqueuse. A la surface de cette muqueuse, on remarque de petits amas brunâtres formés d'œufs de trichocéphales.

L'examen histologique de l'appendice montre des lésions siégeant au niveau des follicules lymphatiques, de la couche sous-muqueuse et de la séreuse.

Les follicules ont perdu la netteté de leurs limites. Ils sont confondus à leur périphérie avec un tissu infiltré de cellules lymphoïdes, ce qui rend impossible la délimitation du follicule et du tissu cellulaire voisin.

Il existe, au niveau d'un follicule, une ulcération peu développée en surface qui, dans certaines coupes, arrive presque au contact du tissu conjonctif sous-muqueux.

La couche celluleuse est surtout atteinte d'infiltration œdémateuse. Peu accusée dans les régions juxta-musculeuses et juxta-muqueuses, cette infiltration est beaucoup plus développée dans la partie moyenne de cette tunique. En cet endroit, l'exsudat dissocie et écarte les fibres conjonctives qui sont, parfois, séparées à tel point les unes des autres qu'elles limitent de grandes cavités remplies d'un exsudat fibrineux finement réticulé et pauvre en cellules.

De plus, les vaisseaux lymphatiques de la sous-muqueuse sont, en général, très ectasiés.

Il y a également, dans la sous-muqueuse, des infiltrations leucocytaires peu développées, en général, et très rapprochées des follicules lymphatiques. Enfin, la séreuse est, par places, le siège d'hémorrhagies. L'examen histologique montre donc de façon évidente qu'il s'agissait d'une appendicite folliculaire avec ulcération de la muqueuse et infiltration du tissu conjonctif sous-muqueux.

Nous n'avons nullement l'intention de discuter ici sur le rôle des parasites dans la pathogénie de l'appendicite. L'action des vers intestinaux comme agents de l'appendicite a donné lieu, depuis les travaux de Metchnikoff, à des discussions nombreuses bien résumées dans les travaux de Moty (1), de Silhol (2), de Desaunais de Guermarquer (3), auxquels nous n'ajouterons rien. Nous dirons, toutefois, que cette action nous semble devoir être considérée comme réelle dans le cas que nous venons de rapporter, l'implantation de la tête des tricocéphales dans la muqueuse de l'appendice agissant en traumatisant cette muqueuse et en en favorisant l'infection.

Les deux seuls points sur lesquels nous croyons bon d'insister concernent le diagnostic et le traitement.

On l'a souvent dit, et à juste titre, les médecins ont une tendance excessive à rattacher à l'infection puerperale, toute manifestation fébrile survenant au cours des suites de couches, surtout lorsqu'il existe en même temps des symptômes abdominaux.

(1) *Echo médical du Nord.* 1902.
(2) *Marseille médical,* 1905.
(3) Th. Paris, 1906.

Ici il était presque impossible de ne pas songer à une attaque d'appendicite devant la localisation très nette de la douleur à droite et la défense de la paroi à ce niveau, défense très accentuée même et hors de proportion avec la faible acuité des douleurs et l'intensité médiocre des phénomènes généraux. Ce diagnostic était d'autant plus probable que les douleurs avaient apparu plusieurs jours avant l'avortement et que, d'autre part, l'examen ne décelait rien d'anormal du côté des organes génitaux. Le séjour fait à l'hôpital dix-huit mois avant pour salpingite nous parut même pouvoir être attribué avec quelque probabilité à une appendicite que nous voyions se réveiller au cours de l'état puerpéral.

Le diagnostic d'appendicite étant posé, nous n'avons pas cru, toutefois, devoir opérer immédiatement. En effet, si l'opération immédiate est indiquée, de l'avis général (1) au cours de la grossesse, parce que tout retard entraîne, en cas de rechute, à une opération que le développement progressif de l'utérus rend de plus en plus difficile, il n'en est pas de même, à notre avis, en ce qui concerne l'appendicite pendant les suites de couches.

Bien que l'appendicite paraisse avoir pendant les suites de couches une gravité plus grande qu'en dehors de l'état puerpéral (2) il nous semble qu'on peut alors temporiser lorsque manifestement, on se trouve en face d'un cas léger et qu'il vaut mieux attendre en surveillant la malade, de façon à pratiquer, le moment venu, une appendicectomie à froid, opération d'un pronostic certainement plus favorable que l'intervention en pleine crise.

Dans le cas que nous venons de relater, nous avons été engagé à attendre et par l'amélioration très rapide des symptômes locaux et par l'excellent état général de la malade. Mais ce n'est là qu'un cas particulier et nous n'aurions certainement pas hésité à intervenir plus tôt si les symptômes présentés par notre malade n'avaient été particulièrement bénins.

Il ne me reste plus qu'un mot à ajouter : « J'ai pu, récemment, revoir cette jeune femme et apprendre que, depuis l'opération, elle n'a plus jamais souffert du ventre. » Cette constatation a quelque importance, puisqu'on a prétendu que les vers intestinaux sont incapables de produire l'appendicite, puisque aussi les lésions présentées par cet appendice étaient purement microscopiques et qu'on pouvait se demander si l'appendicectomie était justifiée. La question est résolue par ce fait que, depuis l'intervention, la malade a été complètement débarrassée des crises douloureuses dont elle souffrait depuis deux ans.

(1) Pinard. — Académie de médecine, 22 mars 1898.

Pinard-Schwartz. — Soc. d'obst., de gyn. et de pœdiatrie de Paris, 1903.

(2) Michel. — *Province médicale*, 1906.

Couter. — Th. Nancy, 1905.

Enclavement de l'iris

par le docteur **Léon Dubar** (d'Armentières)

L'enclavement de l'iris est une des complications les plus fréquentes et les plus redoutables de la perforation de la cornée. Insuffisamment traité, il expose l'œil à l'infection ou est suivi de leucome adhérent, cicatrice blanche de la cornée dans laquelle une portion de l'iris se trouve comprise.

Dans la plupart des traités, on donne des conseils vagues sur ce qu'il faut faire dans les cas d'enclavement récent ; quelques-uns citent de belles observations de remise en place de l'iris, la plupart ne parlent que du traitement médical suivi de l'application de pointes de feu.

La remise en place de l'iris a donné de brillants succès, mais elle expose à l'infection et n'est que rarement possible, la pression des liquides intra-oculaires expulsant l'iris au dehors. La temporisation avec cautérisation n'est en somme que le traitement du leucome adhérent qu'on a laissé se constituer.

Pour le praticien, il n'y a qu'une conduite à tenir, c'est d'exécuter immédiatement une iridectomie, libérant complètement l'iris de la cornée.

Ce sera l'occasion la plus fréquente d'appliquer l'iridectomie d'urgence.

Symptômes. — L'enclavement de l'iris est constitué par le glissement d'une partie de l'iris dans une brèche de la cornée.

La pupille est déformée et présente un angle aigu du côté de la branche cornéenne d'où émerge une

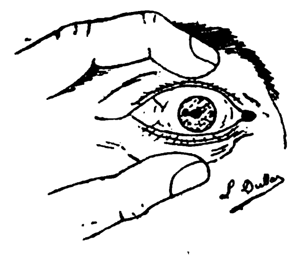


Fig. 1. — Enclavement de l'iris du côté externe de la cornée. Déformation de la pupille et perle noire. Œil droit.

perle noirâtre quand une notable proportion de l'iris est enclavée. S'il n'y a qu'une légère portion, on ne se rend compte de l'enclavement que par la déformation de l'iris. La douleur n'est pas très marquée ; le malade se plaint surtout de celle produite par le mouvement des paupières.

Les enclavements de l'iris peuvent se produire dans toutes les portions de la cornée. Dans certains

cas d'enclavement consécutifs à une affection ocu-

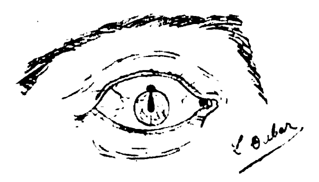


Fig. 2. — Enclavement de l'iris dans le limbe scléro-cornéen au pôle supérieur de la cornée. Œil droit.

laire, la brèche se fait au niveau du limbe scléro-cornéen.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'enclavement est en général facile, on voit émerger du globe de l'œil une boule, une sorte de perle noire, coloration que prend la portion de l'iris qui n'est plus en place. Ce qui doit retenir l'attention du médecin, c'est la déformation de l'iris qui ne manque jamais, même dans les cas où seul le bord central de l'iris est retenu.

Le diagnostic étiologique n'est pas non plus difficile. Sur l'œil, sain, l'enclavement est la conséquence d'un coup d'instrument piquant, d'une lésion par instrument tranchant (à signaler parmi eux les serpentins de papier), par instruments contondants, coups de navettes, par une explosion de pétards, etc.

Les ulcérations de la cornée sont une cause fréquente d'enclavement.

Il est facile de reconnaître cette variété à laquelle il est rarement possible d'appliquer le traitement indiqué ci-dessous. Il n'en est pas de même des enclavements dus à des efforts violents qui peuvent se produire sans affection préalable, mais sont souvent consécutifs à une conjonctivite. La rupture de la cornée dans ces cas se produit souvent au niveau du limbe scléro-cornéen et presque toujours au pôle supérieur.

Pronostic. — Laissés à eux-mêmes, ces différents enclavements produisent un leucome adhérent avec déformation et déplacement de la pupille. L'acuité visuelle est d'autant plus diminuée que le déplacement est plus grand.

Le leucome adhérent est une porte toujours ouverte à l'infection. Traités par l'iridectomie, dans les premières heures qui suivent l'accident, les enclavements ne donnent lieu qu'à une déformation de la pupille ; l'acuité visuelle est entièrement conservée.

Traitement.— On peut toujours tenter de refouler l'iris à l'aide d'un instrument mousse, mais dans la plupart des cas, l'iris est ramené au dehors par la pression de l'humeur aqueuse.

L'iridectomie doit être large, dépassant la portion herniée pour être sûr de la désenclaver complètement.

Instruments, objets de pansement et accessoires nécessaires : Ouate hydrophile, qu'on stérilise à l'eau bouillante ; Ouate sèche ; Gaze hydrophile.

Pansement de Coroene ou bande de Taugeps de cinq centimètres de large et de cinq mètres de long. Solution d'oxycyanure à un pour 4000 (sans dissolvant).

Solution de cocaïne à 1 %, huileuse de préférence.

De l'alcool à 95° pour tremper les instruments.

Un écarteur de paupières.

Un brucelle à iridectomie

Un ciseau à iridectomie.

A défaut de ces deux instruments, une fine brucelle à dents de souris et de petits ciseaux courbes bien pointus.

Une lumière artificielle quelconque et une loupe pour l'éclairage latéral.

Quelques bols pour les tampons, une assiette plate pour les instruments, un bassin réniforme pour recevoir les tampons sales et l'eau de lavage.

Opération. — Le malade étant couché, on couvre l'œil sain d'un léger tampon d'ouate. Les sourcils, les cils, les angles de l'œil sont soigneusement lavés avec une solution faible et sans dissolvant de sublimé ou d'oxycyanure de mercure. L'œil cocaïnisé, l'écarteur mis en place en commençant par glisser la première branche sous la paupière supérieure, on saisit la portion d'iris herniée avec la brucelle, on tranche d'un coup de ciseaux le côté enclavé dans un angle de la plaie et d'un second coup l'autre côté.

L'opération est terminée. On constate à l'éclairage latéral qu'aucune partie de l'iris ne reste plus dans les angles de la plaie cornéenne, que la pupille a pris la forme d'un trou de serrure et l'on panse.

Le sang épanché peut gêner la vue ; on masse un peu avant de faire l'examen.

Quatre à cinq jours après, on lève le pansement et tout est fini.

Cette iridectomie est plus délicate que celle exécutée à travers une brèche pratiquée au couteau, mais il est nécessaire de s'appliquer à la bien faire, car elle ne saurait être remise. Le lendemain iris et cornée adhèreraient.

Il est quelquefois assez difficile de libérer complètement l'iris enclavé dans les angles de la plaie

cornéenne, il ne faut pas craindre d'y revenir plusieurs fois pour le dégager complètement.

A propos de l'épilepsie menstruelle

par le docteur **Maurice Maguin**

Mon article du 25 décembre 1904 sur les rapports de la menstruation avec l'épilepsie m'avait valu une lettre du docteur Ledoux, professeur suppléant à l'École de médecine de Besançon, lettre que la récente étude de M. Cannac, parue dans l'*Echo médical du Nord* (1), m'a remise en mémoire. La voici :

« Mon cher confrère,

» Je pense que c'est vous qui publiiez récemment, » dans l'*Echo médical du Nord*, un article sur les » rapports de la menstruation avec l'épilepsie. Je » vous serais reconnaissant de bien vouloir m'envoyer » l'article en question. J'y trouverai un intérêt puis- » sant en raison du fait que j'ai dans ma clientèle une » malade qui depuis quelques mois présentait à » chaque menstruation une crise d'épilepsie. Elle » était fille de syphilitique. Je l'avais mise au traite- » ment bromuré-déchloruré sans résultat. Elle avait » consulté les professeurs Raymond et Bernheim : leur » traitement était semblable au mien et sans plus de » succès

» Or, ma malade ayant rencontré, au chevet d'une » sœur, le professeur Kocher, de Berne, et lui ayant » raconté ses accidents, M. Kocher pratiqua un exa- » men de son sang, puis lui donna un traitement » ferrugineux. Le résultat fut excellent. Tandis que » les crises survenaient auparavant à chaque époque, » ma malade resta six mois sans attaque épileptique. » Nous en sommes maintenant au dixième mois avec » une seule crise. La numération des globules rouges » m'a donné 3.700.000 hématies = anémie légère. »

Je lui envoyai l'article avec quelques notes complémentaires et, quelques jours après, je recevais la réponse suivante :

« ... Comme vous en manifestez le désir, je vous » envoie le traitement que le professeur Kocher » conseilla à ma malade et qui donna des résultats » bien supérieurs à ceux du traitement bromuré. » Mais ma cliente était anémique, non pas à première » vue, mais à l'examen hématimétrique.

Sulfate de fer	} āā 8 gr.
Carbonate de potasse	
Aloès	2 gr.
Poudre de gentiane	} āā Q. S.
Extrait de gentiane	

pour 120 pilules.

Prendre de 3 à 6 pilules au repas du midi.

» En somme, c'est à peu de chose près la formule » des pilules Vallet.

» Si vous appliquez ce traitement et que vous en » obteniez de bons résultats, je vous serais reconnais- » sant de m'en aviser. »

Je revis immédiatement ma malade et j'appliquai le traitement que m'avait indiqué mon aimable confrère. Le premier résultat fut très encourageant : la prochaine époque menstruelle se passa sans crise. Mais cela ne dura malheureusement pas et le mois suivant l'attaque reparut, mais bien moins forte et moins longue. Ainsi en fut-il des suivantes, et cette amélioration persista sans plus augmenter dans la suite.

Dans notre cas donc, grâce au traitement ferrugineux, l'épilepsie menstruelle s'est vue grandement améliorée quant à la durée, quant à l'intensité, et aussi quant au nombre de ses crises, car il n'y eut jamais plus d'une seule crise mensuelle, et la malade ne fut plus sujette à un véritable état de mal comme elle l'était parfois avant le traitement. Enfin, une nouvelle modification fut apportée par le traitement : c'est que l'attaque, au lieu de survenir au début des règles ou pendant celles-ci, comme cela se produisait auparavant, ne survient plus que quelques jours après leur terminaison.

Si, à ce résultat, on ajoute celui qui a été obtenu dans le cas du docteur Ledoux, on conviendra qu'il faille employer, dans toute épilepsie menstruelle, une médication absolument inoffensive et qui est susceptible d'amener la guérison ou du moins l'amélioration d'une affection à la fois si dangereuse et si pénible.

(1) Cannac. — *Écho médical du Nord*, 1906, p. 54.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 11 mai 1906 (*suite*)

Présidence de M. Noquet, président.

Tumeur de la thyroïde

MM. **Gaudier** et **Arquembourg** présentent une tumeur de la thyroïde provenant d'une malade âgée de soixante-quatre ans. La tumeur a apparu à l'époque d'un accouchement il y a trente-cinq ans.

A part le volume, la masse extirpée n'était pas gênante, pas de troubles respiratoires ni vocaux. Il y a un an, apparurent les accidents respiratoires en même temps que la tumeur augmentait de volume au point de refouler la trachée à droite.

Il y a huit jours, le 26 avril, la malade est prise dans la rue d'une violente crise de suffocation. Elle entre à l'hôpital le 3 mai et y est opérée le lendemain matin.

La tumeur très volumineuse, recouverte de grosses veines, est principalement développée du côté gauche du cou, elle est grosse comme trois poings et s'engage sur le sternum. En arrière, elle repose sur la colonne vertébrale, à droite elle refoule la trachée et la thyroïde la coiffe.

Consistance élastique, difficilement mobile. La malade ne peut dormir couchée, car elle fait immédiatement de la suffocation. Pas de température locale, ni générale. Il existe un peu d'exophtalmie très ancienne, il n'y a pas de tremblement, le pouls est à 90. Pas de dysphagie. Urines peu abondantes, sédimenteuses, ni sucre, ni albumine.

Intervention. — Cocaïnisation de la peau. Incision suivant le grand diamètre oblique, de haut en bas et de gauche à droite, complétée en son milieu par une incision perpendiculaire allant à droite. Ligature de la jugulaire antérieure et de plusieurs de ses branches. Incision de la capsule presque partout adhérente.

Dans une tentative d'énucléation, la tumeur se rompt et il en sort une grande quantité de caillots et de masses jaunâtres. Ainsi diminuée de volume la tumeur est facilement énuclée ; résection de la plus grande partie de la poche, le reste est marsupialisé et fixé à la peau.

La suture a eté faite au crin de Florence et un pansement compressif a été posé. Les suites ont été bonnes.

M. **Gellé** montre des coupes de la tumeur. Il s'agit d'un néoplasme à forme colloïde.

Pyonéphrose calculeuse et perinéphrite scléro-adipeuse

M. **Baras** présente, au nom de M. le professeur **Carlier** et au sien, une pièce anatomique provenant d'une malade de trente deux ans, entrée à la Clinique des voies urinaires le 5 mars 1906.

Depuis le 13 septembre 1905 cette femme éprouvait de vives douleurs en ceinture dans la région lombaire droite et dans le flanc droit : ces douleurs étaient accompagnées de pyurie et de fièvre ; de plus, les mictions étaient très fréquentes (elles se produisaient toutes les demi-heures).

Si l'on examinait la malade, on sentait à la palpation de la région rénale droite un plateau induré occupant tout le flanc droit et s'étendant du rebord des fausses côtes à une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure droite et limité d'autre part par la ligne blanche.

Le 30 mars 1906, M. le professeur Carlier pratique la néophrotomie ; après incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et du muscle carré lombaire, on tombait sur une masse dure qui criait sous le bistouri : cette masse n'était autre que la loge rénale atteinte de périnéphrite scléro-adipeuse.

Le rein fut ponctionné à travers cette gangue que l'on traversa difficilement : on put extraire ainsi 300 à 400 gr. de pus.

L'orifice fut agrandi au bistouri et l'on tomba dans une vaste cavité qu'on lava à l'eau oxygénée et que l'on draina.

Les suites opératoires furent bonnes pour la malade : les douleurs diminuèrent, les urines devinrent très limpides, mais la suppuration était toujours très abondante et très fétide.

Le 25 avril, M. le professeur Carlier pratiqua la néphrectomie : la décortication sous-capsulaire fut très difficile.

Le rein droit et le bassinet étaient très distendus : ce rein était volumineux (18 centimètres de longueur environ) et paraissait bosselé extérieurement.

A la coupe faite du bord convexe vers le hile, on apercevait une série de loges ne communiquant ni entre elles ni avec le bassinet : ces loges étaient gorgées d'un pus épais, verdâtre, à odeur fétide. De plus dans le liquide purulent on trouvait de petits calculs de la grosseur d'une lentille.

Dans le bassinet il y avait un calcul de la grosseur d'une noisette qui permit de faire le diagnostic d'uronéphrose d'origine calculeuse transformée par la suite en pyonéphrose calculeuse.

A cause de ses grandes dimensions la gangue de périnéphrite scléro-adipeuse ne put être enlevée. La malade mourut le soir même de shock opératoire.

A l'autopsie on vit dans le flanc droit une coque ayant l'aspect d'une tumeur considérable ovoïde, à parois épaisses, de consistance cartilagineuse et ayant contracté des adhérences intimes avec les organes voisins. Pour l'extraire il fallut pour ainsi dire la sculpter dans la face inférieure du foie, dans la voûte diaphragmatique, dans le psoas même. De plus cette gangue adhérait à la veine cave inférieure. L'uretère droit présentait un épaississement considérable de sa paroi. Le rein et le bassinet gauches étaient normaux et étaient contenus dans une atmosphère graisseuse également normale.

Tumeur de l'aine, traitée par radiothérapie

M. **Charmeil** présente des photographies d'enfant atteint d'une tumeur de l'aine droite ayant l'apparence d'une néoplasie tuberculeuse. L'enfant était inopérable, tant en était profonde l'adhérence de la tumeur aux plans sous-jacents.

Le traitement radiothérapique donna rapidement des résultats excellents, et l'on peut actuellement juger de la rétrocession presque complète des accidents.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité des maîtres pour soins médicaux donnés à leurs domestiques

JUGEMENT SUR APPEL DE JUSTICE DE PAIX

Tribunal de Neufchâtel-en-Bray (12 juillet 1905).

Motifs :

Attendu que le 6 septembre 1904, la Dlle P., aide-cultivatrice chez D... fils, cultivateur à St-V., a été victime d'un accident ; que D... s'est empressé de prévenir son médecin particulier, le docteur G..., qui s'est immédiatement rendu à St-V... et a prodigué ses soins à la blessée ; qu'il est reconnu par toutes les parties en cause que ce médecin, domicilié dans l'arrondissement de D.., avait un trajet d'environ 4 kil. à accomplir pour se rendre chez la malade ;

Attendu que le docteur G. prétend que D. s'est engagé personnellement, à son égard et lui réclame 153 francs pour soins donnés à la Dlle P. : que D. fils, de son côté, soutient n'avoir obéi, simplement, qu'à un sentiment d'humanité, en faisant chercher son médecin et qu'il ne saurait être tenu au paiement des honoraires réclamés ; que le juge de paix du canton de L..., saisi de cette difficulté, a par jugement du 3 mars 1905, débouté le défendeur de ses prétentions, admis, au contraire, celles du docteur G. et a condamné D. fils au paiement de la somme de 153 francs et à tous frais ; qu'il est appelé de ce jugement ; qu'il échet de rechercher si le dit appel est fondé ou non ;

Attendu que, si le témoin d'un accident n'engage pas sa responsabilité, envers le médecin auquel il s'adresse, mû par un sentiment d'humanité, il en est autrement de l'intermédiaire ayant des raisons spéciales de s'intéresser au blessé ; que, dans l'espèce, la Dlle P.. était au service des époux D... et que D... ne s'est pas borné à prévenir le docteur G..., mais qu'il a suivi toutes les phases du traitement et a même assisté personnellement aux divers pansements ou à certaines visites du médecin traitant ; que, dans de pareilles conditions, ce dernier était autorisé à croire que le patron prenait tous les frais à sa charge :

Attendu qu'il résulte d'une jurisprudence constante que le maître qui a fait appeler un médecin, pour soigner un domestique malade, est personnellement tenu au paiement des honoraires de ce médecin, à moins qu'il n'ait préalablement averti ce dernier qu'il ne veut pas assurer les frais du traitement médical, ce qui n'a pas eu lieu, dans le cas actuellement soumis à justice, qu'en outre, il est d'usage que les médecins réclament le prix des soins donnés aux gens de service, non à ceux-ci, mais à leurs maîtres (Tribunal de paix de la Ferté-Bernard, 4 avril 1898 ; Lyon, 15 novembre 1898, Sirey, 102, 2, 1899 ; Tribunal civil de la Seine, 17 juillet 1900 ; Tribunal de paix de Gournay, 15 février 1902 : Tribunal de Neufchâtel, 1er mars 1905) ;

Attendu que D. a lui-même si bien compris qu'il avait assumé personnellement les frais nécessités par l'accident survenu à la Dlle P. que, subsidiairement, il a offert, par conclusions du 4 juillet courant, une somme de 57 fr. 50 ; qu'il a ainsi, reconnu le bien fondé des prétentions de son adversaire.

Sur le chiffre des honoraires réclamés :

Attendu que le tarif de l'assistance publique n'est applicable qu'aux accidents prévus par la loi du 9 avril 1898 et aux malades inscrits par la municipalité sur les listes de l'assistance publique ; que l'accident dont la Dlle F. a été victime a *un caractère exclusivement agricole qui exclut l'application de la loi de 1898* ; qu'en outre la Dlle P. n'était pas et n'a jamais été inscrite sur la loi des indigents auxquels est accordé le bénéfice de l'assistance médicale gratuite ;

Attendu que le tribunal a des éléments d'appréciation suffisants pour fixer à 100 francs le quantum de la rémunération due au docteur G., pansements et accessoires ; que. dans ces conditions, les offres de D. doivent être déclarées insuffisantes et non libératoires.

Par ces motifs, le tribunal, statuant en matière sommaire et en dernier ressort, ouï en ses conclusions M. Martin-Jaubert, substitut de M. le Procureur de la République, après en avoir délibéré :

Déclare insuffisantes et non libératoires les offres de D.;

Dit et juge qu'une somme de 100 francs sera largement suffisante pour rémunérer le docteur G. de ses soins, visites, pansements et accessoires ;

En conséquence condamne D. à payer au docteur G. une somme de 100 francs pour soins donnés à la Dlle D., et ce, avec intérêts de droit.

(Tribune Médicale).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le 8e voyage d'études médicales aura lieu du 1er au 12 septembre 1906.

Il comprendra les stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (Sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage.

Le V. E. M. de 1906 — comme les sept précédents — est placé sous la direction scientifique du Docteur LANDOUZY, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la Médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les Chemins de fer

pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Uriage, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Uriage, prix à forfait : 300 fr. pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transports de bagages, pourboires.

THÉRAPEUTIQUE

Le narcyl

Un médicament qui a la prétention de calmer la toux du tuberculeux doit revêtir d'autres qualités qui, pour négatives qu'elles soient, n'en sont pas moins de première nécessité; nécessité d'autant plus impérieuse que le malade devra prendre plus longtemps le médicament.

Ces qualités sont :

1° De ne pas entraîner la nutrition dans le même sens que la maladie, laquelle produit une diminution des échanges azotés et une exagération des échanges hydrocarbonés.

2° De ne pas diminuer l'appétit ;

3° De ne pas altérer la digestion ;

4° De ne pas troubler les fonctions intestinales ;

5° De n'avoir aucune nuisance sur la circulation.

C'est en s'inspirant de ces desiderata, je dirai plus, de ces exigences, que M. Berlioz a étudié l'action du narcyl chez les tuberculeux et arrive à conclure que le narcyl remplit les conditions du traitement idéal, surtout chez le tuberculeux : il calme, en effet, ce symptôme sans entraîner aucun inconvénient. M. Berlioz a employé les granules Gremy (dosés à 0 gr. 02 par granule) au nombre de 5 à 6 par jour, et le sirop Gremy (dosé à 0 gr. 03 par cuillerée à bouche) à la dose de 3 à 4 cuillerées à bouche par jour.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Les effets et les états de la matière de l'eau d'Evian**, par le docteur Chaix, Paris *Baillière*, 1906.

— **Propriétés thérapeutiques du dihydroxyphtalophénone (purgène)**, par le docteur Vivien. Paris, 1906.

— **Le trésor médical de la femme**, par le docteur Monin, Paris, *Maloine* 1906.

— **La médecine anecdotique, historique et littéraire**, par le docteur Minime, Paris, *Rousset* 1906.

— **Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique**, par le docteur Rénion, Paris, *Rousset*, 1906.

— **Aide-mémoire de chimie physiologique**, par le professeur Schultz, traduit par le docteur H. Gouraud, Paris, *Rousset*, 1906.

— **Les phénomènes de réduction dans les organismes vivants**, par M. Pozzi-Escot, Paris, *Rousset*, 1906.

— **Les sérums immunisants**, par M. Pozzi-Escot, Paris, *Rousset*, 1906.

— **Les toxines, les venins et les anticorps**, par M. Pozzi-Escot, Paris, *Rousset*, 1906.

— **Mécanique chimique** par M. Pozzi-Escot, Paris, *Rousset*, 1906.

— **Méthode, discipline, hygiène de la cure d'eau et de montagne de Cauterets**, par le docteur Bouyer fils, Bordeaux, *Gounouilhou*, 1905.

— **Influenza della caffeina sulla eliminazione dell' acido urico dall' organismo animale**, par le dottor Camurri, Milano, *Vallardi*, 1906.

— **Contributo allo studio del ricambio materiale nei pellagrosi**, par le dottor Camurri, Milano, *Rascati*, 1906.

— **La tuberculose du myocarde**, par le docteur Raviart, extrait des *Archives de médecine expérimentale*. 1906.

— **Asthme et grossesse**. par le docteur J. Nicolas, Clermont-Ferrand, 1906.

— **La goutte du pharynx**, par le docteur Finck, Nancy, *Crepin-Leblond*, 1906.

— **La lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée**, par le professeur L. Bard, extrait de la *Semaine médicale*, 1906.

— **Des formes de rhumatismes justiciables de Plombières**, par le docteur A. Gillot, Paris, *Maloine*. 1906.

— **Traitement thermal sulfureux de la syphilis**, par le docteur Dresch, Paris, *Doin*, 1906.

— **Vomissements acétonémiques chez un enfant, pathogénie et traitement**, par le docteur Bayrac, Paris, *Schlachter*, 1906.

— **L'entérite mucomembraneuse observée à Chatelguyon**, par le docteur Bayrac, Saint-Dizier, *Godard*, 1906

— **Traitement de l'entérite mucomembraneuse**, par le docteur Ausset, extrait de la *Pediatrie pratique*, 1906.

— **Corps étrangers des bronches et bronchoscopie**, par le docteur E. J. Moure Bordeaux, *Gounouilhou*, 1906.

— **The operative treatment of fractures**, par le professeur W. Arbuthnot Lane, London, *Medical publishing Company*, 1905.

— **Surdité spontanée ancienne, rééducation méthodique de l'oreille au moyen des diapasons**, par le docteur Natier, Clermont, *Daix*, 1906.

— **Sur un nouveau sérum antituberculeux**, par le docteur Viguier de Maillanne, Nîmes, *Gagne et Michel*, 1906.

— **Un point de technique en chirurgie gastro-intestinale**, par le docteur Pauchet, Le Mans, *Monnoyer*, 1906.

— **Règlement sanitaire de la ville de Roubaix**, arrêté du 29 décembre 1905, Roubaix, *Foconié*, 1906.

— **Etude clinique sur le traitement opératoire du strabisme concomitant interne**, par le docteur Albert Delbarre, thèse Paris, 1906.

— **Les diabétiques qui guérissent à Brides-les-Bains (Savoie)**, par le docteur Laissus fils, Paris, *Maloine*. 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.

Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 493. Dixième Année. N° 25 Le Numéro : 10 centimes 24 Juin 1906.

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les nouvelles recherches sur l'étiologie et la pathogénie de la syphilis

par le docteur **C. Levaditi,**
assistant à l'Institut Pasteur de Paris (1)

Messieurs,

Lorsque le savant Directeur de l'Institut Pasteur de Lille m'a proposé d'exposer devant vous les résultats fournis par l'étude expérimentale et microbiologique de la syphilis, j'ai éprouvé un double sentiment de satisfaction et de crainte. De satisfaction tout d'abord, car il s'agissait d'être ici le porte parole des maîtres dont le labeur a permis de parcourir au cours de ces trois dernières années, plus de chemin dans le domaine de la syphilis, que l'on n'a parcouru pendant tout un siècle. De crainte ensuite, car la tâche qui m'incombe est particulièrement difficile. Je dois en effet, vous résumer dans un cadre restreint, des connaissances se rapportant à une question encore à l'étude et vous savez combien il est difficile dans ces conditions de réaliser une bonne sélection de faits, retenir ce qui est rigoureusement établi et laisser de l'ombre ce qui paraît douteux. Puis, les circonstances m'obligent de m'exprimer dans une langue qui n'est pas la mienne, ce qui aggrave encore plus la situation où je me trouve devant vous.

(1) Conférence tenue à l'Institut Pasteur de Lille, le 22 juin 1906.

Malgré ces craintes ressenties au premier moment, j'ai vite fait par accepter la proposition de M. Calmette. C'est pour vous dire combien j'ai confiance dans votre indulgence et à quel pont persuasive est la voix du distingué savant qui dirige cet Institut.

Ceci dit, permettez-moi, Messieurs, d'entrer en matière et de considérer avec vous tour à tour, tout d'abord, **l'étude expérimentale de la syphilis**, ensuite la **microbiologie de cette infection**, et enfin les constatations se rapportant **à l'immunité**, la **sérothérapie** et la **prophylaxie** de l'nfection syphilitique.

L'expérimentation en matière de syphilis ne date pas d'hier. Vous connaissez les inoculations du virus syphilitique faites à l'homme par un certain nombre de cliniciens, inoculations qui permirent d'établir la dualité du chancre, la résistance qu'opposent les syphilitiques vis à vis d'une nouvelle infection par le virus de la vérole, etc.., etc. Mais, ce genre de recherches, malgré leur grande valeur démonstra-

tive, étaient difficiles à réaliser, voir même impossibles, — vous saisissez tous pourquoi. Il fallait, pour résoudre les nombreux problèmes soulevés par l'observation clinique des affections syphilitiques, trouver une animal d'expérience offrant une sensibilité à l'égard du virus syphilitique, sinon égale, du moins très rapprochée de celle de l'homme. C'est à quoi ont abouti Metchnikoff et Roux, lorsqu'ils ont eu l'idée d'inoculer ce virus au chimpanzé, l'animal le plus rapproche de l'espèce humaine dans l'échelle zoologique. Ces savants ont ainsi posé les fondements même de l'étude expérimentale de la syphilis, donnant à ces études, une impulsion sans exemple, puisque, depuis la publication de leur premier mémoire, paru en 1903, et jusqu'à ce jour, on voit éloir dans la plupart des questions appartenant au domaine de la syphilis et on connaît même l'agent provocateur de cette ravageuse maladie.

Je ne veux pas dire par là qu'avant Metchnikoff et Roux, personne n'avait tenté de reproduire sur le singe l'infection syphilitique de l'homme. Je serais injuste, car Klebs, Sperck, Hamonic et Martineau, puis Ch. Nicolle ont longtemps avant ces chercheurs, essayé de transmettre la syphilis aux singes. Mais personne avant Metchnikoff et Roux, n'avait pu donner une démonstration rigoueruse de ce fait que certaines espèces espèces simiennes, en particulier les singes anthropoïdes, peuvent prendre la syphilis et offrir toute une série de manifestaions cutanées et muqueuses dont l'analogie avec les lésions similaires constaées chez l'homme est des plus frappantes. C'est que personne avant ces savants, n'a tenu compte des affinités plus ou moins grandes qui existent entre les divers exemplaires de singes et l'espèce humaine, affinités si bien mises en lumière par les recherches de Nuttal, basées sur les réactions précitantes du sérum. De plus, ni Klebs ni les autres prédécesseurs de Metchnikoff et Roux, n'ont eu soin de préciser l'espèce de singe sur laquelle ils réalisaient leurs expériences, de sorte que lorsqu'on désirait vérifier les résultats certainement positifs obtenus par eux, souvent on échouait, pour le simple motif que l'espèce simienne à laquelel on s'adressait n'était précisément pas celle dont se servaient ces précurseurs.

Il fallait donc choisir come sujet d'expérience, l'anthropoïde le plus proche parent de l'homme, qui est le chimpanzé ; c'est ce que firent Metchnikoff et Roux dans leur première expérience désormais classique, et dont voici les détails :

Un chimpanzé femelle (**Troglodytes niger**), âgé de deux ans, fut inoculé par scarification au niveau du prépuce clitoridien et à l'arcade sourcillière avec du suc prevenant d'un chancre induré de l'homme et de plaques muqueuses. Quelques jours après, nouvelle inoculation clitoridienne avec du matériel infectieux provenant d'une lésion primaire syphilitique de l'homme. Les plaies de scarification se cicatrisèrent rapidement, mais, 26 jours après l'inoculation, on constata au niveau du clitoris, l'apparition d'un chancre induré typique, bientôt accompagné d'une tuméfaction indolente des ganglions lymphatiques inguinaux. Vous vous imaginez facilement le contentement des deux savants, lorsqu'ils remarquèrent la grande ressemblance qui existait entre cet accident primaire du chimpanzé, survenu après une période d'incubation et s'accompagnant d'une adénité correspondante et les lésions analogues de l'homme. Mais, quelle ne fut leur surprise quand juste 30 jours après le début de cet accident primaire, ils constatèrent une éruption papuleuse sur la peau de l'abdomen et de la nuque, éruption qui s'agrandit progressivement et qui finit par se guérir, comme le chancre du reste, au bout d'un certain temps. On assista ainsi, chez ce premier chimpanzé, à l'éclosion et à l'évolution de tout le cortège symptomatique des périodes primaire et secondaire de la syphilis acquise, de sorte que nul doute ne fut désormais possible : **les singes anthropoïdes et en particulier le chimpanzé, sont sensibles à l'infection par le virus syphilitique de l'homme.**



Fig. 1. — Chancre syphilitique du chimpanzé.

Cette découverte ne tarda pas à produire son effet dans les milieux médicaux spécialement préoccupés de la question de la syphilis ; dans plusieurs laboratoires, en particulier à Berlin et à Breslau, on s'est mis à contrôler les faits avancés par Metchnikoff et Roux et, malgré les grands sacrifices matériels qu'exigèrent ce genre de recherches, on est arrivé à préciser tous les détails de l'infection syphilitique des singes anthropoïdes.

Ainsi, pour ce qui concerne l'accident primitif, on sait actuellement qu'il débute après une période d'incubation

dont il sera question plus loin, soit par une petite vésicule herpétiforme, soit par une tache plus ou moins rougeâtre. Cet accident ne tarde pas d'ailleurs à s'ulcérer et à prendre, de la sorte, l'aspect des chancres syphilitiques de l'homme. Après une durée qui varie de quelques semaines à un mois et demi et plus, le chancre, auparavant couvert de croutes, commence à se cicatriser et guérit complètement, tout en laissant quelques traces, telles, par exemple, la pigmentation de la peau et une certaine induration cicatricielle des tissus Pourtant, dans des cas exceptionnels, l'accident primitif peut avoir une évolution qui diffère de celle que nous venons d'esquisser, en ce sens qu'il devient nettement phagédénique, envahissant sur une étendue plus ou moins considérable, les tissus environnants. Cet envahissement des tissus par le processus syphilitique local, paraît être dû à des infections secondaires ; mais il semble tenir aussi au caractère du virus, puisque, dans certaines expériences entreprises par Finger et Landsteiner avec les singes inférieurs, le passage de ce virus d'un animal à l'autre produisait régulièrement des ulcérations étendues.

Comme nous l'avons mentionné il y a un instant, l'accident primitif du chimpanzé s'accompagne d'une adénité correspondante, se traduisant par l'apparition de gros paquets de ganglions tuméfiés et mobiles, au voisinage même du chancre (région rétro-maxillaire pour le chancre de l'arcade sourcillière, plis de l'aine pour l'ulcération chancreuse du penis ou du clitoris).

Cette adénité syphilitique précède et accompagne les accidents secondaires qui intéressent le système cutané et muqueux des chimpanzés. Disons tout de suite que ces manifestations ne sont pas constantes, puisque, d'après Metchnikoff et Roux, elles n'ont existé que dans la moitié des cas examinés par eux. Mais lorsque après une période d'incubation sensiblement plus courte que celle qui précède le chancre (en général 29 jours), ces manifestations font leur apparition, elles prenent l'aspect de papules ou de syphilides papulo-squameuses, de macules et de plaques muqueuses.

Les syphilides papulo-squameuses, que l'on peut rencontrer sur la peau du ventre, de la tête ou du dos du chimpanzé, ont la plupart des caractères des manifestations similaires de l'homme. Les plaques muqueuses ont été rencontrées sur la muqueuse linguale et labiale des chimpanzés : elles ont apparu, dans les expériences de Metchnikoff et Roux, 18 à 20 jours après le début du chancre et se sont succédées à courts intervales chez le même animal. Leur guérison, survenue environ deux semaines après, a été suivie de la formation « de cicatrices blanches très marquées ».

Quant aux syphilides maculeuses ou roséoliques, elles ont été observées chez un certain nombre de chimpanzés, mais leur nature syphilitique ne semble pas être rigoureusement prouvée. En effet, il arrive parfois que des animaux neufs présentent sur leur revêtement cutané des manifestations maculeuses que l'on pourrait considérer comme étant de nature syphilitique et qui ne le sont certainement pas. « J'ai vu, dit Metchnikoff, des syphiligraphes en visite chez nos singes, admirer une roséole chez un chimpanzé qui n'avait jamais été inoculé avec du virus. »

L'inoculabilité en série de ces macules pourrait seule préciser les rapports qui les relient à la syphilis. C'est d'ailleurs cette pierre de touche, l'inoculabilité à d'autres singes neufs, qui a permis d'affirmer avec certitude la nature syphilitique des syphilides papulo-squameuses et des plaques muqueuses rencontrées chez le chimpanzé. Ainsi, en inoculant par scarification à un Macacus sinicus et à un Macacus cynomolgus, des produits prélevés par raclage d'une plaque muqueuse du chimpanzé, Metchnikoff et Roux ont obtenu des chancres typiques et il en fut de même de l'inoculation à un cynocéphale, de la sérosité retirée par le raclage de deux papules abdominales d'un chimpanzé. Celle-ci, après une incubation de 19 jours, donna lieu à la formation de plusieurs accidents primaires des plus caractéristiques.

En général, l'éclosion de ces manifestations primaires et secondaires ne semble pas altérer l'état général des animaux, ceci, bien entendu, lorsque aucune maladie infectieuse, si fréquentes et si dangereuses pour les chimpanzés, ne vient troubler la marche normale des expériences. Pourtant dans des cas, il est vrai très rares, l'éruption syphilitique de la peau peut prendre une étendue inaccoutumée, et comme elle traduit alors une gravité particulière de l'infection et une extrême virulence du microbe, on assiste à un dépérissement



Fig. 2. — Syphilis grave du chimpanzé (syphilides cutanées) (Metchnikoff et Roux).

progressif de l'état général de l'animal. C'est ce qu'ont observé Metchnikoff et Roux chez un chimpanzé qui, examiné

par M. le Professeur Fournier, fut considéré par cet observateur comme étant affecté d'une syphilis particulièrement grave.



Fig. 3. — Syphilis grave du chimpanzé (v. fig. 2).

C'est d'ailleurs à la même exagération de la virulence de l'agent provocateur de la syphilis et peut-être aussi à son affinité particulière pour le système nerveux, que l'on doit attribuer la genèse des paralysies observées par les savants de l'Institut Pasteur chez les chimpanzés syphilitiques. Il s'agit d'une faiblesse des membres qui apparaît vers la fin de l'évolution des accidents cutanés et qui, en général, revêt un caractère passager.

Si aux constatations que je viens d'énumérer, j'ajoute le fait qu'aucun des chercheurs qui ont étudié la syphilis du chimpanzé, n'a constaté des manifestations syphilitiques pouvant être classées parmi les accidents tertiaires, je finis la série d'observations se rattachant à l'étude de la syphilis expérimentale du chimpanzé. Ces observations n'ont pas tardé d'ailleurs à être confirmées par les savants allemands qui ont entrepris des expériences sur le même sujet, en particulier par Lassar à Berlin et par Neisser à Breslau. Elles ont été complétées, en ce sens que Arnal et Weinberg, à l'Institut Pasteur de Paris, Becker et Mayer, les collaborateurs de Lassar, à Berlin, à la suite de leurs études concernant l'histologie du chancre du champanzé, ont pu préciser la nature syphilitique des altérations constatées et établir l'identité qui existe entre ces altérations et celles qui caractérisent l'accident primaire syphilitique de l'homme.

Le chimpanzé est-il le seul parmi les singes anthropoïdes, à contracter la syphilis ? Les rechercher de Neisser, auxquelles s'ajoutent les constatations de Metchnikoff et Roux, ont prouvé que cela n'est pas ainsi, et que parmi ces singes, l'orang-outang et le gibbon peuvent être infectés par le virus de la vérole. La syphilis de l'orang-outang diffère pourtant de celle du chimpanzé ; elle est sensiblement plus légère et sa faible virulence se traduit par l'absence d'accidents secondaires. Ainsi Metchnikoff et Roux citent l'observation d'un orang-outang qui, inoculé aux deux arcades sourcillères avec du suc provenant d'un chancre induré de l'homme, présenta des accidents primaires accompagnés d'adénopathie rétromaxillaire, mais n'offra jamais, au cours des 275 jours pendant lesquels a duré l'examen, aucun accident secondaire cutané ou muqueux. Ceci conduit Metchnikoff et Roux à conclure que, « au point de vue de la syphilis, de même qu'au point de vue zoologique, l'orang-outang s'est montré plus éloigné de l'homme que le chimpanzé. »

Il n'en est pas de même du gibbon, lequel, d'après les observations recueillies par Neisser à Batavia, présente à la suite d'une inoculation de virus syphilitique, non seulement des accidents primaires à l'endroit inoculé, mais aussi des manifestations nettement secondaires. Rappelons que l'incubation, dans l'affection syphilitique de l'orang-outagn, est, d'après les savants de l'Institut Pasteur, d'environ 30 jours.

Comme vous voyez, Messieurs, les expériences entreprises avec les singes anthropoïdes ont été très fructueuses, puisqu'il a été possible de réaliser chez ces animaux, presque toute la symptomatologie de la syphilis humaine, exception faite des accidents tertiaires. La reproduction expérimentale de ces accidents est, soit dit en passant, matériellement impossible, puisque les singes dont il est question ne vivent que peu de temps en captivité, décimés qu'ils sont par les affections aiguës qui le guettent à chaque instant, même dans les pays chauds. Mais le principal but des expérimentateurs n'était pas de reproduire chez l'animal le cortège symptomatique de la syphilis ; c'est là une question de moindre importance, si on la compare à l'étude de certains problèmes obscurs de la syphilis, tels, par exemple, le problème de l'incubation, de l'immunité, du siège du virus dans l'organisme infecté, etc. C'est précisément dans cette direction que les recherches furent dirigées, mais bientôt, on se heurta à de grandes difficultés matérielles, vu le prix élevé des singes anthropoïdes. Il fallait trouver un animal, ou pour préciser, une espèce de singe moins coûteuse que le chimpanzé, mais suffisamment sensible à l'égard de l'infection syphilitique, pour permettre l'expérimentation dans le sens que nous venons d'indiquer. On s'est mis alors à inoculer la syphilis aux singes inférieurs, macaques et cynocéphales, et on obtint les résultats intéressants que nous allons examiner ensemble.

Klebs paraît avoir été le premier à transmettre la syphilis aux simiens éloignés de l'homme ; à la suite d'expériences entreprises vers 1879, cet auteur aurait constaté l'apparition chez ces simiens, non seulement d'accidents primaires,

mais aussi des manifestations de syphilis généralisée, correspondant aux altérations de la période secondaire chez l'homme. Malheureusement, les constatations de Klebs n'entraînent pas la conviction, pour le motif que les recherches modernes ont précisément prouvé l'absence de ces manifestations secondaires au cours de la syphilis des singes non anthropoïdes. Si les expériences que firent Martineau et Hamonic en 1882 sont passibles des mêmes objections, par contre, celles de Nicolle (1893 et de Sperk (1896), doivent être consirées comme ouvrant l'ère de l'étude de la syphilis expérimentale des singes. En effet, ces observateurs ont non seulement obtenu des lésions primaires chez quelques espèces de macaques (**Macacus sinicus**), mais de plus, ils ont réalisé le passage du virus syphilitique d'un animal à l'autre.

Néanmoins, ces recherches de la première heure restèrent isolées et n'eurent pas le retentissement qu'elles méritaient. Cela tient, pense Metchnikoff, au fait que les savants qui les réalisèrent, ne déterminaient pas suffisamment l'espèce de singe dont il se servaient, de sorte qu'il a fallu entreprendre un grand nombre d'expériences sur les singes inférieurs pour amener la conviction que véritablement certains de ces singes sont capables de contracter la vérole. Cela n'a pas été d'ailleurs aisé. Nous en avons un exemple dans la résistance qu'opposât Neisser à accepter la réalité de cette syphilis des singes inférieurs, celà à un moment où la syphilis du chimpanzé était déjà un fait des mieux acquis.

Messieurs, je crains fatiguer votre attention en énumérant ici toutes les constatations que l'on a recueilli au sujet de l'infection syphilitique des singes éloignés de l'homme. Je rappellerai seulement que, suivant les récentes recherches de Metchnikoff et Roux, si le Bonnet chinois (50 %), le **Macacus cynomolgus** (66 %), le **Cynocephalus hamadrias** et le **Cyn. sphynx** se montrent capables de contracter un accident local à la suite de l'inoculation du virus de la vérole, par contre, l'**Inuus ecaudatus**, le **Cercopithecus pathas** et **callitriche** et le **Cynocephalus mormon** ont été réfractaires. Plus récemment, ces savants affirment que parmi les 79 singes cathariniens soumis par eux à l'expérimentation, 46 seulement ont contracté la syphilis. Ces recherches se trouvent complétées par les travaux de Zabolotny, de Kraus de Vienne (expériences sur le **Cynocephalus babuin**), de Finger et Landsteiner et par ceux que Neisser et ses collaborateurs Baeramann et Halberstaedter ont entrepris à Batavia. Elles sont toutes affirmatives au sujet de l'inconstance avec laquelle on réussit à transmettre l'infection syphilitique aux singes inférieurs, contraitement à ce qui se passe lorsqu'on expérimente sur les anthropoïdes. Je vous donne comme preuve ces chiffres extraits du mémoire de Finger et de Landsteiner :



Fig. 4. — Syphilome primaire du front chez un Cynocéphale (d'après Finger et Landsteiner).

Espèce de singe	Virus humain			Virus simien		
	N°	Positif	Négatif	N°	Positif	Négatif
Cynocephalus hamadrias	13	12	1	11	11	—
Macacus cynomolgus	2	2	—	—	—	—
Macacus sinicus	6	4	2	1	1	—
Macacus rhesus	3	3	—	10	9	1
Total	24	21	3	22	21	1

D'ailleurs, vous avez là une des statistiques les plus favorables. Finger et Landsteiner ont été en effet, plus heureux que leurs prédécesseurs dans leurs expériences de transmission de la syphilis aux singes inférieurs ; cela tient très probablement au procédé particulier qu'ils ont employé pour inoculer le virus syphilitique à ces singes. Tandis que la plupart des auteurs se servaient de la scarification superficielle de la peau, les savants viennois ont eu l'idée de pratiquer préalablement une poche dans le tissu sous-épidermique et d'introduire le virus dans cette poche. Cette méthode non seulement assure le succès de l'inoculation, mais, de plus, elle permet la formation de lésions locales plus étendues que celles que l'on obtient après une simple scarification du tissu cutané.

Neisser, à la suite de très nombreuses expériences réalisées soit à Breslau, soit à Batavia, confirme ces constatations et conclut que parmi les singes cathariniens, les cercopithèques et les cynocéphales sont plus sensibles à la syphilis que les macaques. Il finit par accepter la nature spécifique des lésions constatées, cela parce que l'histologie de ces lésions ressemble à celle des chancres syphilitiques de l'homme, parce que l'apparition d'un premier accident cutané rend l'animal résistant vis à vis d'une nouvelle inoculation, et enfin, parce que le traitement mercuriel influe favorablement l'évolution des chancres simiens.

De toutes ces recherches concernant la syphilis des singes inférieurs, il résulte un certain nombre de conclusions qui sont particulièrement intéressantes, si on les compore à celles

qui découlent des expériences analogues entreprises sur les chimpanzés.

Il apparaît d'une façon incontestable que cette syphilis des cathariniens est de beaucoup plus légère que celle que l'on reproduit chez les anthropoïdes. Cette légèreté se traduit tout d'abord par le faible développement de l'accident primaire, qui, en général, est petit, discret et dont l'ulcération n'est jamais ni si profonde, ni si indurée que celle que l'on obtient chez le chimpanzé. Puis, chez les cathariniens, la tuméfaction indolente des ganglions lymphatiques correspondants au chancre, manque, ou est très peu prononcée. Enfin, tous les chercheurs sont actuellement d'accord pour affirmer **l'absence de manifestations secondaires de la peau et des muqueuses, au cours de l'évolution de la syphilis des simiens inférieurs.** Zabolotny est le seul à décrire des accidents cutanés secondaires chez le **Cynocephalus sphynx.** Mais il s'agit incontestablement là d'une observation inexacte. Metchnikoff et Roux, Neisser et surtout Finger et Landsteiner ont bien observé certaines lésions cutanées apparaissant longtemps après la cicatrisation de l'accident primitif ; néanmoins, de l'avis même de ces savants, il ne s'agissait pas de manifestations secondaires provoquées par le transport hématique du virus loin du chancre, mais d'une **récidive locale.** En effet, ces lésions apparaissaient en général au voisinage immédiat de l'accident primitif déjà cicatrisé, prenaient l'apparence de syphilides papulo-crouteuses et devenaient parfois nettement serpigineuses.

Nous pouvons donc conclure de tout ceci que **si la syphilis des singes cathariniens est moins grave, moins étendue que celle des anthropoïdes, elle est suffisamment apparente pour permettre d'entreprendre sur ces singes, l'étude expérimentale de la syphilis.** D'ailleurs, dans les cas où la nature syphilitique des accidents observés chez les cathariniens laissait un certain doute, on aurait un moyen sûr pour écarter ce doute : c'est l'inoculation de ces accidents à d'autres singes et la constatation d'une transmissibilité en série.



L'application de ces données à la pathologie expérimentale de la syphilis a permis d'élucider un certain nombre de problèmes qui, depuis longtemps, hantaient l'esprit des cliniciens. On a recherché tout d'abord qu'elles sont les **conditions qui président à la pénétration du virus syphilitique dans l'organisme sensible,** on a essayé de préciser la **porte d'entrée de ce virus,** question importante, puisque d'elle dépend en grande partie, la réussite des moyens prophylactiques contre la vérole.

On a étudié donc l'inoculabilité du virus syphilitique et, chose surprenante, on a vu que si la **déposition de ce virus dans l'épiderme préalablement lésé détermine presque à coup sûr, chez le chimpanzé, la formation d'un accident primitif, l'inoculation du même virus dans le tissu cellulaire sous-cutané reste sans effet.** Dans ces conditions, le microbe de la syphilis devient incapable de provoquer la genèse d'un chancre ; de plus sa pénétration dans l'organisme reste littéralement sans effet, puisqu'elle ne provoque aucune immunité vis à vis d'une inoculation ultérieure de virus actif faite dans l'épiderme. D'ailleurs, la même inocuité au point de vue de la provocation des accidents syphilitiques et de l'immunité, se rencontre lors de l'introduction du virus soit dans la cavité péritonéale (Neisser) soit dans la circulation générale ou dans la cornée.

Ce sont là des phénomènes fort intéressants, mais qui, malheureusement, ont des raisons d'être encore inconnues pour nous. Nous ne savons pas, malgré le progrès accompli par l'étude mivrobiologique de la syphilis, quelle est la cause de cette destruction du virus syphilitique introduit sous la peau ou dans les veines et nous sommes contraints à faire des hypothèses, dont la plus vraisemblable est peut-être la suivante : Nous savons que l'agent pathogène de la vérole, le **Treponema pallidum** dont il sera question plus loin, devient parfois la proie des phagocytes, comme cela a lieu par exemple, dans le poumon et le foie des nouveau-nés hérédo-syphilitiques, où l'on voit les macrophages englober et détruire ce tréponème. Or, il est fort possible que ce tréponème déposé dans l'épiderme, tissu sinon dépourvu de phagocytes, du moins très pauvre en ces éléments de défense, réussisse à se développer, tandis que introduits dans le derme, dont la richesse en éléments phagocytaires est bien connue, devienne rapidement la victime de ces éléments.

Quoiqu'il en soit, toutes ces expériences prouvent que la porte d'entrée du microbe joue un rôle de premier ordre dans la genèse de la syphilis expérimentale et que les plaies superficielles, discrètes, le plus souvent méconnues, sont peut-être plus dangereuses au point de vue de l'inoculabilité de la vérole, que les traumatismes profonds, intéressant les couches sous-jacentes de l'épiderme. D'ailleurs, même pour ce qui concerne l'inoculation du virus syphilitique par scarifications épidermiques, il semble que ce virus fait un choix entre les diverses régions de la peau. Ainsi, d'après Neisser et ses collaborateurs, comme d'après Finger et Landsteiner, si chez les singes, l'arcade sourcillière et les régions génitales se prettent à l'éclosion des accidents primitifs, le revêtement cutané de l'abdomen oppose une certaine résistance à l'infection. De plus, suivant Thibierge et Ravaut, le bord palpébral des cathariniens est un endroit de prédilection pour l'inoculation de la syphilis à cette espèce de singe.

L'étude de **l'incubation** a tiré profit de l'expérimentation sur les singes. Ces phénomènes extrêmement intéressant et surprenant par la longueur du temps qui sépare l'introduction du virus de l'éclosion des accidents primitifs, s'est retrouvé dans l'évolution de l'infection syphilitique des simiens. La durée de l'incubation, quoique variable d'une espèce simienne à l'autre, voir même d'un animal à l'autre, est

en moyenne, ce qu'elle est chez l'homme, d'après l'affirmation des cliniciens. Suivant Auspitz (cité d'après Finger et Landsteiner), cette durée est chez l'homme, de minimum 10 jours, maximum 42 jours et embrasse une moyenne de 24 jours. Eh bien, les expériences de Metchnikoff et Roux ont montré précisément que l'incubation de la syphilis des anthropoïdes (chimpanzé), ne dépasse pas en moyenne 30 jours, celle de la vérole des singes catharininens, sensiblement plus courte, étant de 23 jours. Vous voyez donc, que même au point de vue de la durée de cette incubation, une grande ressemblance existe entre l'infection fracastorienne de l'homme et celle des diverses espèces simiennes. Malheureusement, pas plus que pour l'inefficacité des inoculations sous-cutanées, on ne sait rien de la raison d'être de cette incubation de la syphilis. L'expérimention nous a appris seulement que plus la syphilis des singes est légère, plus la durée de cette incubation et courte, comme est par exemple le cas de l'infection syphilitique évoluant chez les catharininens (incubation de 23 jours) comparé à celle du chimpanzé (30 jours) ; on peut exprimer ce fait en d'autres termes, en disant que l'accident primaire est plus précoce, lorsque la syphilis est discrète. Or, comme cet accident n'est en dernière analyse, qu'un témoignage de l'effort accompli par l'organisme pour se défendre contre l'invasion du virus, on peut conclure avec Metchnikoff, que précisément la légèreté de l'infection syphilitique des sminges catharininens, sont dues à la précocité de l'accident primitif. D'ailleurs, même chez la même espèce de singe et si l'on a soin d'employer une quantité égale d'un même virus et de se servir du même mode d'inoculation, il n'est pas rare d'observer des variations assez marquées dans le nombre de jours qui précèdent l'éclosion du chancre. Comme l'admettent Finger et Landsteiner, la réceptivité semble varier d'un animal à l'autre et l'incubation, qui en fin de compte, n'est qu'une expression de cette réceptivité, suit les mêmes oscillations qu'elle.

Messieurs, deux questions ont depuis fort longtemps préoccupé les syphiligraphes : ce sont, en premier lieu, l'infectiosité des divers produits provenant d'hommes atteints de syphilis aux diverses époques de l'évolution de la maladie ; en second lieu, le siège où se cache et séjourne le virus syphilitique pendant les périodes d'accalmie qui séparent les grandes étapes de la vérole .Eh bien, grâce à l'expérimentation, on commence à voir clair dans cet ordre d'idées et les connaissances déjà acquises ne sauraient être suffisamment appréciées, puisque de la distribution du virus infectant dans les divers tissus et humeurs de l'organisme, dépend en grande partie la prophylaxie de la syphilis. Jetons un coup d'œil rapide sur les faits nouveaux accumulés par les divers savants qui ont explorés ce domaine.

Pour ce qui concerne l'infectiosité du sang, la clinique nous enseigne que dans certaines circonstances du moins, cette infection doit être réelle, puisque c'est par l'intermédiaire de la circulation sanguine placentaire que les femmes syphilitiques transmettent l'infection spécifique aux rejetons. L'expérimentation a montré jque l'injection de sang provenant des syphilitiques en pleine période éruptive, faites sous la peau du chimpanzé, reste sans effet, en ce sens que les animaux injectés n'offrent pas de chancre et ne sont pas immunisés vis-à-vis d'une inoculation syphilitique ultérieure. Des expériences de ce genre ont été réalisées par Neisser, lequel, à la suite de recherches trop connues et trop discutées, avait été accusé d'avoir transmis la syphilis à des malades auxquels, dans un but thérapeutique, il avait introduit sous la peau du sérum provenant d'autres individus infectés. L'issue négative des recherches de contrôle que Neisser a entrepris sur le singe, permet de disculper le savant syphiligraphe allemand et de conclure que l'injection sous-cutanée de sang syphilitique est inoffensive, comme d'ailleurs toute introduction de virus véroleux faite sous la peau.

L'inoculation cutanée de sang et de sérum retirés d'hommes atteints de syphilis, la seule capable de nous renseigner sur la présence du virus dans le milieu hématique, a été réalisée par Neisser et par Hoffmann. Le premier de ces auteurs n'a obtenu que des résultats négatifs, tandis que les expériences de Hoffmann ont montré d'une façon indiscutable, que au moins dans un certain nombre de cas, le sang fourni par des individus atteints de syphilis peut être infectieux pour le Macacus rhesus. En effet, dans deux cas sur quatre, l'inoculation de sang retiré 40 jours et 6 mois après le début du chancre, a été suivie de l'apparition de lésions primaires typiques chez le singe, lésions dont la nature syphilitique était prouvée par la durée de l'incubation, par les caractères cliniques et histologques ansi que par la présence du Treponema palldum.

Ces recherches, confirmant les constatations déjà anciennes faites sur l'homme par Waller, Anonymus, Lindwurm et Pellizzari, montrent donc que si le sang des syphilitiques peut être infectieux, il ne l'est pas toujours et que par conséquent, la quantité de virus contenu dans le torrent circulatoire, doit être extrêmement minime. Nous verrons, au cours de cette conférence, que cette constatation est d'accord avec les résultats fournis par l'étude microbiologique du liquide hématique des véroleux, laquelle a prouvé la rareté du tréponème de Schaudinn dans ce liquide.

Messieurs, je n'insisterais pas ici sur les preuves fournies par divers expérimentateurs, en particulier par Metchnikoff et Roux, Neisser, Finger et Landsteiner, plaidant en faveur de l'infectiosité des manifestations syphilitiques secondaires et du suc retiré des ganglions lymphatiques hypertrophiés sis aux voisinge des lésions primaires. L'observation clinique avait déjà établi ces faits sur des bases solides. Je m'arrêterais plus longuement sur la présence du vrus syphiltique dans les accidents tertiaires et dans le sperme, questions que la clinique avait laissées en suspens.

Tous les syphiligraphes sont d'accord pour affirmer que, à l'encontre des manifestations primaires et secondaires, les

lésions tertiares de la syphls ne sont pas contagieuses. M. Salmon a repris à l'Institut Pasteur l'étude de la contagiosité de ces lésions tertiaires, en se servant de l'expérimentation. Il a inoculé à un **Macacus cynomolgus** et à un **Macacus sinicus**, des produits prélevés dans le centre d'une gomme ulcérée existant chez un individu dont la syphilis datait depuis huit ans. Ces inoculations restèrent sans effet ; elles ne donnèrent pas lieu à la formation de chancres et ne vaccinèrent pas les animaux vis à vis d'une infection syphilitique ultérieure. De ces observations, Salmon conclut que les gommes tertiaires ne contiennent pas du virus actif et ne renferment nulle matière vaccinale capable d'empêcher l'éclosion de la syphilis chez le singe.

Ces expériences ont été reprises récemment par Finger et Landsteiner à Vienne et par Neisser, Baermann et Halberstædter à Batavia. Les résultats obtenus par ces savants sont en désacord avec ceux enregistrés par Salmon, puisque, sinon dans tous les cas, du moins dans un certain nombre d'entre eux, il a été possible de provoquer la genèse d'un chancre chez les singes, en leur inoculant des produits provenant de gomme fermées non ulcérées. Dans les expériences de Neisser et de ses collaborateurs entreprises sur le gibbon et le macaque, l'incubation qui a précédé l'éclosion des accidents primitifs a été extrêmement longue ; elle a duré en effet 60 è 51 jours .De plus, tous les accidents tertiaires ne semblent pas renfermer le virus actif, puisque l'inoculation de syphilides tubero-serpigineuses est restée inefficace entre les mains du syphiligraphe de Breslau.

De tout ceci, nous devons conclure Messieurs, que les manifestations tertiaires de la syphilis ne contiennent pas toujours suffisamment de microbes pour que leur inoculation à des singes sensibles soit régulièrement suivie de succès. La virulence de ces microbes semble surtout diminuée. On anéantie, lorsque les accidents syphilitiques tardifs sont ulcérés, en d'autres mots, lorsque des agents d'infections secondaires se sont greffés sur ces accidents.

Quoiqu'il en soit, un fait reste bien établi ; c'est que **l'organisme infecté pas le virus spécifique, peut garder pendant** de longues années et sous **une forme capable d'engéndrer des** lésions primaires typiques, **l'agent pathogène de la syphilis.** Il y a très probablement une analogie entre la quantité et la distribution du microbe syphilitique dans les gommes et les autres manifestations tertiaires, d'une part, et la quantité et la distribution du bacille de Koch dans le lupus d'autre part.

Vous concevez sans peine, Messieurs, l'intérêt capital de toute constatation plaidant en faveur de l'infectiosité du sperme secrété par des individus atteints de syphilis. Il s'agit en effet, d'apporter un peu de clarté dans le problème si discuté de la transmission exclusivement paternelle de la syphilis aux rejetons, de ce que l'on a exprimé par la loi de **Colles**, d'après laquelle une mère qui met au monde un enfant syphilitique, peut ne pas contracter la vérole et se montrer immunisée contre la maladie de Fracastor.

Cette question a été étudiée expérimentalement par Finger et Landsteiner. Ces auteurs ont inoculé à un pavian du sperme provenant d'un individu dont la syphilis datait depuis 3 ou 4 mois et qui offrait une éruption secondaire en voie de guérison. L'inoculation fut suivie de l'apparation de lésions primaires, dont les caractères cliniques plaidaient en faveur de l'existence d'une grande quantité de virus actif dans le sperme de ce malade.

Cette constatation fait penser à la possibilité d'une infection syphilitique de la muqueuse vaginale et utérine par le sperme, voir même, comme le pensent Finger et Landsteiner, à la possibilité de la pénétration des germes infectieux véhilés par le liquide spermatique, jusque dans la cavité péritoniale. En tous cas, **la découverte des savants viennois rend de plus en plus probable la contamination de l'ovule par l'intermédiaire du sperme vecteur de virus véroleux.**

Cette longue série de faits nous prouve, Messieurs, que la grande majorité des accidents primaires, secondaires, voir même tertiaires de la syphilis, contiennent le germe de la vérole et que le sang des syphilitiques est le seul à n'offrir que d'une façon tout à fait inconstante, cette marque de contagiosité qui caractèrise ces accidents. Mais une nouvelle question se pose. Où se loge-t-il le virus syphilitique pendant les périodes d'accalmie qui séparent les trois principales étapes de la syphilis, quel est l'organe, le tissu qui arbrite ce germe pendant si longtemps, pour le livrer à un moment donné au torrent circulatoire et le répandre, par l'intermédiaire de ce torrent, dans le reste de l'organisme ? C'est à Neisser et à ses collaborateurs que nous devons les connaissances expérimentales qui jettent un peu de lumière sur ce problème. Ces auteurs ont eu l'idée de prélever des organes sur des singes sacrifiés à diverses périodes de l'évolution de la syphilis et d'inoculer ces organes à d'autres singes sensibles. Grâce à ce dispositif expérimental, ils ont réussi à établir que longtemps après le début du chancre (141 jours) certains organes, à l'exclusion d'autres, peuvent contenir du virus actif, capable de conférer une syphilis typique à des singes réceptifs. Or, chose capitale, parmi ces organes, ce sont surtout ceux qui possèdent des fonctions hématopoïétiques qui se montrent les dépositaires de la matière virulente, tels par exemple, la **rate**, les **ganglions lymphatiques** et surtout la **moelle osseuse.** On saisit facilement l'importance de cette constatation, si l'on tient compte du fait que ces tissus hématopoïétiques sont en général, l'endroit où se réfugient les microbes pathogènes, qu'ils fabriquent les anticorps spécifiques (Pfeiffer et Marx, Wasserman, Levanditi, Deutsch, etc.) dirigés contre ces microbes et qu'ils produisent des leucocytes doués de pouvoirs phagocytaire. Ce dernier fait surtout, permet de supposer que le

microbes de la syphilis se conserve longtemps dans les organes hématopoïétiques étant englobé par des phagocytes qui ne réussissent pas à le digérer, à le détruire.

Les mêmes expériences ont prouvé de plus à Neisser, qu'en dehors des tissus chargés de l'hématopoïèse, le testicule renferme et garde longtemps le virus syphilitique sous une forme active. Inutile d'insister sur le rapprochement qu'il y aurait à faire entre ce fait et les observations de Finger et Landsteiner dont nous venons de parler.

Ce sont là, résumées dans ce qu'elles ont d'essentiel les constations fournies par l'étude expérimenutale de la syphilis. Je me garderai de les formuler sous orme de conclusions. Ce serait en effet trop se presser, cvar, à l'heure qu'il est, de nombreux savants continuent avec acharnement ces recherches et nous ne pouvons pas prévoir quelles surprises nous réserve un avenir prochain. Je me hâterai donc de toucher au cœur même du sujet qui nous préoccupe et je résumerai dans ce qui suit, les données que nous possédons actuellement sur la nature du virus syphilitique et sur le Treponema pallidum, l'agent pathogène de la syphilis.

II. Microbiologie de la syphilis

Bien avant de connaître le microbe de la syphilis, quelques chercheurs ont essayé d'établir expérimentalement les diverses propriétés du virus syphilitique, en particulier sa manière de se comporter vis-à-vis des agents physiques et chimiques. Ces chercheurs ont été unanimes pour établir l'extrême sensibilité de ce virus, sa grande fragilité. Ainsi, d'après Metchnikoff et Roux, une température de 51°, appliquée pendant une heure, suffit pour détruire l'activité du virus de la syphilis, tandis que suivant Neisser, ce virus soumis pendant 30 minutes à 60°, se détruit complètement (le chauffage à la même température prolongé seulement pendant 10 à 20 minutes est inoffensif. D'un autre côté, et malgré l'emploi de la glycérine diluée et non diluée, du chloroforme, de là paraffine stérilisée, du sang liquide, de la dessication, Neisser n'a pas réussi à conserver plus de quelques heures la virulence des produits syphilitiques.

La grande fragilité du virus véroleux ressort donc d'une façon très nette de ces expériences, surtout si l'on tient compte de ce fait que, d'après Neisser, le virus frais cesse d'être actif au bout de six heures environ. Par contre, suivant Metchnikoff et Roux, cette virulence n'est pas détruite si, après avoir préalablement mélangé le suc d'un chancre syphilitique avec de la glycérine, on a soin de l'inoculer à des chimpanzés, sitôt le mélange fait.

Dans l'ignorance où l'on était de la nature de l'agent provocateur de la syphilis, quelques auteurs se sont demandés si cet agent n'entrait pas dans la catégorie des microbes invisibles qui, à l'exemple du virus de la péripneumonie des bovidés, de la rage, etc, sont capables de passer à travers certains filtres en porcelaine. Deux chercheurs allemands, Klingmüller et Baermann, dont on ne saurait assez admirer le courage, ont filtré à travers une bougie Berkefeld du suc obtenu par trituration d'un chancre âgé de 10 jours et d'un condylome plat, et après s'être assurés au moyen des cutures, que le filtrat ainsi obtenu était stérile, se sont inoculé à eux-mêmes ce filtrat par scarification de la peau. Cette inoculation n'étant suivie d'aucun accident syphilitique, Klingmüller et Bærmann ont conclu en faveur de la non filtrabilité du virus de la vérole. Malgré la netteté des résultats obtenus par les deux savants de Breslau, ces expériences ne parurent pas suffisamment concluantes à Metchnikoff et Roux ; ces observateurs objectèrent que l'absence de contrôle laissait croire que les diverses manipulations auxquelles on avait soumis le virus avant la filtration, ont pu détruire ou amoindrir l'activité de ce virus. Afin de serrer la question de plus près, Metchnikoff et Roux ont répété ces recherches sur le chimpanzé et ont trouvé que le virus syphilitique dilué, parfaitement actif avant la filtration, perd complètement sa virulence lorsqu'il a traversé une bougie Berkefeld, bougie qui se laisse facilement pénétrer par le microbe de la péripneumonie et qui retient le choléra des poules.

Ce n'était donc pas douteux : le microbe de la syphilis n'entrant pas dans la catégorie des microorganismes invisibles, ses dimensions devaient être suffisamment grandes pour qu'il puisse être découvert et étudié au moyen du seul examen microscopique. Nous verrons, dans ce qui suit, que ces prévisions ont été complètement réalisées, plutôt même qu'on ne l'espérait à l'époque où ces expériences de filtration furent faites.

Vers le mois de février 1905, Kœhler, le directeur de l'Office sanitaire de Berlin, nomma une commission composée de médecins et de naturalistes compétents, chargée de vérifier si, comme l'affirmait Siegel, le Cytorrhictes luis était véritablement l'agent pathogène de la syphilis. Cette commission devait travailler à l'Office sanitaire de Berlin et était constituée par Hoffmann, premier assistant de Lesser, pour la clinique et l'histologie, par Neufeld pour la bactériologie et par le regretté Schaudinn, pour les études zologiques.

Schandinn était non pas un médecin, mais un protozoologiste de valeur, dont la réputation, déjà très grande, était établie par des recherches concernant l'évolution des coccidies, les protozoaires hémoparasites et les spirilles. Il en avait fait de ces spirilles, en particulier de ceux de la fièvre récurrente, un sujet d'études suivies entreprises pendant son séjour au laboratoire de Rovigno et en Herzégovine. C'est vous dire que Schaudinn connaissait à fond la question des spirochètes et que son œil était particulièrement habitué à

distinguer les exemplaires les plus petits des microorganismes spirillés.

Tout en cherchant dans les chancres extirpés par Hoffmann le prétendu parasite de Siegel, introuvable d'ailleurs, Schaudinn fut frappé, le 3 mars 1905, de l'existence dans le suc frais d'un accident primaire, d'un très petit spirille mobile et extrêmement difficile à étudier. Il communique sa découverte à Hoffmann, et à partir de ce moment, les deux savants entreprirent la recherche de ce spirille dans des produits syphilitiques d'âge et de caractères divers.

Les résultats qu'ils accumulèrent à la suite de ces recherches, furent publiés dans une note préliminaire où le recueil des travaux de l'Office sanitaire de Berlin, note où les auteurs, très modérés dans leurs conclusions, annonçaient la présence de deux espèces de spirilles dans les produits syphilitiques. De ces deux espèces, le **Spirochæte pallida** existe constamment dans les chancres, les ganglions lymphatiques, les syphilides papuleuses et papulo-squameuses et dans les plaques anales, cependant que l'autre spirille, le **Spirochæte refringens**, apparaît très irrégulièrement dans les lésions syphilitiques et peut existler également dans des manifestations autres que celles qui caractérisent la vérole (papillomes, p. x.)

Après avoir cité les recherches antérieures de Berdal et Bataille, de Csillag, de Ronna, concernant la présence de gros spirilles dans les diverses lésions de la sphère génitale et dans le smegma, Schaudinn et Hoffmann donnent une description détaillée des deux espèces de spirilles découverts par eux.



Fig. 5 — *Treponema pallidum* (au milieu) et *Spirochate refringens*, dans un frottis de chancre (d'après Schaudinn et Hoffmann).

Le **Spirochaete pallida**, agent présumé de la syphilis, est un spirille dont la longueur atteint de 4 à 10 μ. et dont le diamètre tranversal ne dépasse pas 0.5 μ. Il est donc extrêmement mince et possède de 3 à 12 ondulations. Ce spirochète, peu refringent, est difficile à suivre dans les milieux liquides, où il se meut avec une certaine vivacité, en décrivant des tours de spire et en se déplacant longitudinalement. Ses paffinités pour les matières colorantes sont très peu marquées.

Par contre, le **Spirochæte refringens**, parasite que l'on rencontre en dehors des lésions syphilitiques, est plus gros que le spirille pâle, plus réfringent, ses ondulations sont de beaucoup plus lâches et moins abondantes que celles du **Treponema pallidum**; de plus, ce spirille retient avidement les matières colorantes.

Cette découverte de Schandinn et Hoffmann eut un grand retentissement dans le monde médical. On apprit bientôt que deux ans auparavant, Bordet et Gengou, à Bruxelles, avaient trouvé dans un chancre syphilitique des spirilles identiques à ceux décrits par les auteurs allemands, mais, comme ce résultat resta isolé, les chercheurs belges n'eurent pas le soin de consacrer par une publication, leurs constatations. D'ailleurs, il ne se passa pas longtemps et on vit apparaître de tous côtés des travaux confirmant les faits avancés par Schaudinn et Hoffmann. Ainsi, Schaudinn et Hoffmann, après avoir rappelé que suivant les observations cliniques de v. Rinecker, les glandes lymphatiques peuvent contenir le virus syphilitique actif, annoncent l'existence du **Treponema pallidium** dans le suc retiré par ponction de huit ganglions atteints d'adénite indolente fracastorienne. Malgré cette constatation, dont la valeur démonstrative est incontestable, les savants de Berlin disent : « nous sommes loin d'avoir une opinion arrêtée sur le rôle étiologique du spirille pâle ».

Peu de temps avant l'impression de la note préliminaire de Schaudinn et Hoffmann, ces auteurs ont fait part de leur découverte à Metchnikoff et Roux, en priant ces observateurs de rechercher le spirochète de la syphilis dans les accidents primaires et secondaires des singes syphilisés. En même temps, M. Kraus, de Vienne, apportait à Paris des préparations faites par Schaudinn et Hoffmann, préparations où nous vîmes pour la première fois le parasite que l'on devait reconnaître bientôt comme étant l'agent provocateur de la vérole.

Le désir exprimé par Schaudinn ne resta pas sans écho. Le 16 mai 1905, Metchnikoff et Roux communiquèrent à l'Académie de Médecine de Paris le résultat de leurs recherches faites sur les singes anthropoïdes et catharinîens, résultat qui était favorable à la thèse de Schaudinn, puisque quatre fois sur six, ces auteurs avaient pu déceler le treponème pâle dans les accidents primitifs de ces singes. Et, dans une publication récente, Metchnikoff et Roux, rapportant le résumé de leurs recherches faites sur un plus grand nombre de cas, affirment que ce spirille pâle a été retrouvé soit dans les chancres, soit dans les manifestations secondaires du chimpanzé, du cynocephale et du macaque, dans une proportion de 74 pour cent. Ils ajoutent que la recherche de ce spirille est assez difficile et que souvent il arrive de ne rencontrer ce parasite qu'après avoir examiné inutilement trois ou qua-

tre préparations. De plus, jamais ils n'ont décelé sur leurs frottis, le **Spirochaete refringens.**

Malgré ce grand nombre de constatations plaidant en faveur du rôle causal joué par le **Treponema** dans la pathogénie de la syphilis, quelques esprits par trop scrupuleux, objectèrent que ce tréponème pourrait bien représenter un agent d'infection secondaire greffé sur les lésions syphilitiqus, pour la plupart ouvertes, examinées jusqu'alors. Il fallait, pour entraîner la conviction, trouver ce spirille soit dans des manifestations syphilitiques complètement fermées, soit dans l'intimité même des organes examinés au cours de l'évolution de la syphilis. Cette lacune fut comblée, lorsqu'on eut l'idée de rechercher le tréponème dans les manifestations cutanées et viscérales de l'**hérédo-syphilis.**

En effet, Buschke et Fischer, à Berlin, et indépendamment de ces auteurs, nous-même, dans le service de M. le professeur Pinard, à Paris, nous avons pu découvrir le parasite de Schaudinn non seulement dans les bules de pemphigus encore non ouvertes, mais aussi dans le foie, la rate, la moelle osseuse et la plupart des organes provenant de nouveau-nés issus de parents atteints de syphilis. Il nous a été possible d'établir alors l'existence d'un rapport intime entre la gravité des lésions viscérales constatées à la nécropsie et l'abondance des spirochètes dans les frottis faits avec ces organes. De plus, nous avons mis en évidence la quantité prodigieuse de parasites qui peuvent être contenus dans les lésions pemphigoïdes, ainsi que l'agglutinabilité spontanée de ces spirilles dans ces lésions.

Ces recherches, complétées et confirmées depuis par un grand nombre d'observateurs, en particulier par Bodin, Nobécourt et Daré, Babes et Panea, Hoffmann, Nigris, Bronum et Ellermann, etc. ont contribué, dans une certaine mesure, à établir les relations étroites qui existent entre le **Treponema pallidum** et la syphilis. Les constatations de Bronum et Ellermann ont été particulièrement intéressantes, puisqu'elles ont prouvé l'existence de ce tréponème chez le fœtus syphilitique macéré, c'est-à-dire dans un organisme dont la mort intra-utérine excluait définitivement l'hypothèse de l'infection secondaire.

Messieurs, à l'heure qu'il est, nous possédons plus de 150 publications, toutes favorables à la thèse soutenue par Schaudinn et Hoffmann. Ce serait abuser de votre patience, déjà fortement éprouvée, que d'énumérer ici les cas de chancres, de manifestations secondaires, de glandes lymphatiques, etc., où les divers observateurs ont réussi à déceler le tréponème. Je renvoie ceux d'entre vous qui s'intéressent plus spécialement à cette question, aux mémoires de Mulzer et de Roucher, ce dernier embrassant le chiffre respectable de 206 cas, dont 184 positifs et concernant, également, de nombreuses recherches de contrôle. Je désire néanmoins insister sur les faits ayant trait à la présence du spirochète de Schaudinn et Hoffmann d'une part dans les **manifestations tertiaires** de la syphilis et, d'autre part, dans le **sang et les autres liquides de l'organisme.**

La recherche du **Treponema pallidum** dans les lésions syphilitiques tertiaires offre un intérêt de premier ordre. En effet, comme nous venons de le constater, ces lésions ne paraissent pas renfermer d'une façon constante le virus de la vérole sous une forme active, leur inoculation à des singes sensibles étant rarement suivie d'infection. Il résulte que si le parasite découvert par Schaudinn est véritablement l'agent provocateur de la syphilis, il ne doit exister dans ces manifestations du tertiarisme que d'une façon exceptionnelle. Or, les études microbiologiques auxquelles on a soumis les gommes syphilitiques et les diverses ulcérations de la période tertiaire, ont pleinement confirmé ces suppositions. Jacquet et Sevin, et plus récemment encore, Roscher, malgré une étude approfondie de la question, n'ont pas réussi à déceler les tréponèmes dans les lésions gommeuses. Par contre, Spitzer observe ces tréponèmes dans les produits fournis par une gomme provenant d'un individu dont la syphilis datait depuis plusieurs années, et en France, Badin, dans sa thèse, cite un cas analogue (cf. Rille et Vokerodt). Mais ces constatations positives sont véritablement rares ; en tout cas, la découverte du spirochète de Schaudinn dans les lésions tertiaires est des plus difficiles, du moins c'est ce qui semble ressortir des renseignements que nous tenons du professeur Dontrelepont de Bonne. Ce savant, très versé dans la recherche des tréponèmes sur frottis, nous dit en effet avoir décelé de très rares parasites sur des frottis de gommes, cela après un examen durant plusieurs heures.

De tout ceci, il résulte qu'il y a parallélisme entre la faible contagiosité des lésions syphilitiques tertiaires et la rareté ou l'absence même du **Treponema** dans les frottis provenant de ces lésions. La même concordance entre la virulence et la présence du microbe, ressort, Messieurs, des études microbiologiques auxquelles on a soumis le sang des syphilitiques. Il faut, si l'on veut avoir quelque chance de déceler le spirochète dans le liquide hématique des hommes atteints de syphilis, employer une méthode spéciale, celle de Noeggerath et Staehelin, et encore, ne réussit-on pas toujours. Grâce à cette méthode, qui consiste à rechercher le spirille dans le culot obtenu en centriugeant le sang préalablement mélangé à de l'acide acétique (un cm. c. de sang + 10 cm. c. d'acide acétique à 1/3 %), ces auteurs, puis Grouven et Fabry ont pu voir les tréponèmes dans le sang de la syphilis secondaire et ces résultats ont été confirmés par Raubitscheck, Bandi et Simonelli et surtout par Nattan-Larrier et Bergeron. Tous ces chercheurs sont d'ailleurs d'accord pour proclamer la rareté des spirochètes dans le milieu hématique, ce qui concorde parfaitement avec cet autre fait bien établi expérimentalement,

(1) Dans une récente publication, Doutrelepont et Grouven affirment avoir découvert de *très rares tréponèmes* dans 4 cas de syphilis tertiaire.

à savoir que le sang des véroleux n'est pas toujours capable de conférer la syphilis aux singes.

Ajoutons à cela que, d'après les observations de Widal et Ravaut et de Ravut et Thibierge, le liquide cephalo-rachidien des syphilitiques et des individus offrant des accidents nerveux réputés comme para-syphilitiques, ne renferme pas le trépomène et n'est pas non plus virulent.

Parmi les excrétions des hommes atteints de syphilis, l'urine semble contenir parfois des trépomènes. C'est ce qui résulte du moins des observations récentes de Dreyer et de Tœpel, de Cologne, lesquels ont décelé ce trépomène dans la sécrétion urinaire riche en albumine, provenant d'un cas de syphilis datant de cinq mois. Rappelons enfin, pour clore ce chapitre, que d'après les constatations que nous avons recueillies en collaboration avec Petresco, le **Treponema pallidum** est capable de pénétrer dans les liquides de transudation ; nous avons vu en effet, que la transudation provoquée par l'application d'un vésicatoire à la surface de syphilides cutanées non ulcérées, peut contenir des quantités appréciables de ce parasite, ce qui n'arrive pas, si ce vésicatoire intéresse la peau normale d'un syphilitique.

Vous voyez, Messieurs, qu'à l'heure actuelle, c'est véritablement pousser le scepticisme trop loin, que de ne pas attribuer au trepomène un rôle étiologique dans la genèse de la syphilis. La présence de ce microorganisme dans les manifestations syphilitiques les plus diverses de l'homme et du singe, son absence dans les ulcérations cutanées non spécifiques, sont suffisamment établies aujourd'hui, pour que nous puissions en toute tranquillité, considérer le parasite de Schaudinn comme étant l'agent provocateur de la vérole. Dès lors, son importance au point de vue du diagnostique de la syphilis, apparaît d'elle-même. Aux cliniciens qui éprouvent quelques doutes sur la nature syphilitique d'une lésion cutanée ou muqueuse, on ne saurait suffisamment recommander la recherche microscopique du tréponème. C'est dans le but de vous faciliter ce genre de recherches, que je me permets de vous exposer brièvement la méthode de coloration la plus pratique employée actuellement pour la mise en évidence de ce trépomène sur frottis.

Méthode de coloration du **Treponema pallidum** *sur frottis.*

Méthode de Giemsa. — Le matériel à examiner est déposé en couche mince et uniforme, sur des lamelles; on fixe pendant une heure dans l'alcool absolu. Après évaporation de l'alcool, les lamelles sont mises à flotter à la surface du liquide colorant, la face chargée dirigée vers ce liquide. On prolonge le contact pendant quatre à cinq heures, on lave, on dessèche et on monte dans le baume. Le bain colorant est constitué de la façon suivante :

Liquide colorant de Giemsa	35 gouttes
Eau de conduite	30 cm. c.

Il est recommandable de verser la solution colorante dans une boîte de Petri.

(*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

Les Toxines, les Venins et leurs Anti-Corps, par le professeur Pozzi-Escot, in-8, 115 p. Jules Rousset, éditeur (*Actualités chimiques et biologiques*).

Comme les précédents volumes de cette collection, celui-ci présente un intérêt d'actualité manifeste que le nom de l'auteur, le professeur Pozzi-Escot, accroît encore, car l'on connaît les magistrales études qu'il a consacrées déjà à l'étude des principes semi-vivants si mal connus : les diastases et les toxines.

La connaissance des toxines est de date encore toute récente. Il n'y a guère que quelques vingt ans qu'on a eu l'intuition des faits qui forment la trame de ce volume, et auxquels la médecine moderne est redevable de ses plus récents et merveilleux progrès, et notamment de la sérothérapie.

Dans ce petit volume, M. le professeur Pozzi-Escot a étudié, à côté des toxines vraies de nature complexe et peu connues, les bases alcaloidiques qui sont des toxines plus simples surtout, découvertes par Selmi et Armand Gautier et qu'on rencontre dans les venins. L'auteur étudie, à côté des ptomaines et leucomaines, des toxines vraies animales ou végétales ou microbiennes et des venins ; les grandes théories générales qui gouvernent le mode d'action et de formation de ces principes toxiques et de leurs anti-corps : la théorie d'Ehrlich, de la vaccination, de la phagocytose et la sérothérapie.

Ce livre, qui est un excellent compendium quant à sa clarté et à l'ensemble des faits qu'il renferme, rendra de grands services à ceux qui, en dehors des savants qui participent d'une manière active aux progrès de la science, tiennent à rester au niveau de l'évolution moderne, mais ne peuvent aborder les mémoires originaux, ni les grands traités d'enseignement.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 494. Dixième Année. N° 26 Le Numéro : 10 centimes 1er Juillet 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les nouvelles recherches sur l'étiologie et la pathogénie de la syphilis (*suite*)

par le docteur **C. Levaditi**, assistant à l'Institut Pasteur de Paris (1)

Messieurs, avant de vous parler de l'anatomie pathologique de la syphilis acquise et héréditaire, dans ses rapports avec le **Treponema pallidum**, je désire dire quelques mots de la nature de ce tréponème, de la place qu'il occupe parmi les êtres vivants.

Les **Spirillacées**, microorganismes plus ou moins minces et ondulés, peuvent être répartis en quatre genres dont les caractères sont les suivants (Migula, cité d'après Burnet) :

1° Genre **Spirosoma**, représenté par des êtres spirilles immobiles et dépourvus de cils. Exemple : **Spirosoma nasale** Weibel.

2° Genre **Microspira** ou **Vibrio**, comprenant des vibrions courts, incurvés, offrant aux extrémités, un, deux, ou tout au plus, trois cils.

3° Genre **Spirillum**, microorganismes disposés en spirale, hélicoïdes et pourvus à chaque bout d'un bouquet de cils.

4° Genre **Spirochaete**, spirilles très longs, avec ondulations plus ou moins nombreuses et régulières, **dépourvus de cils.** Certains de ces spirochètes possèdent une membrane ondulante analogue à celle de trypanosomes (**Sp. plicatilis Ehrenberg**).

Lorsqu'il s'est agi de ranger le parasite de la syphilis dans une de ces quatre catégories de spirillacées, on ne fut pas trop embarrassé. Les caractères de ce parasite, bien mis en lumière par Schaudinn et Hoffmann, montrèrent que le **Treponema pallidum** offre le plus d'affinités avec les spirochètes, cela d'autant plus que, d'après les observations de Schaudinn, ce tréponème semblait être pourvu d'une membrane ondulante. D'où le nom de **Spirochaete pallida** proposé par Schaudinn et Hoffmann pour désigner le microorganisme découvert par eux.

Cette question de classification une fois tranchée, un nouveau problème s'est posé à l'esprit des observateurs allemands. **Le parasite de la syphilis est-t-il une bactériacée, ou bien représente-t-il un organisme plus élevé dans l'échelle des êtres vivants, un protozoaire ?** Plusieurs considérations semblaient plaider en faveur de la nature protozoaire du tréponème, en particulier la présence d'une membrane ondulante, l'impossibilité où l'on était de cultiver ce tréponème sur des milieux artificiels ,enfin l'analogie qui existe entre la syphilis et la dourine, maladie du coït parciticulière à l'espèce chevaline et dont l'agent pathogène est un trypanosome spécifique. Schaudinn n'hésita donc pas à considérer le microbe découvert par

(1) Conférence tenue à l'Institut Pasteur de Lille, le 22 juin 1906.

lui comme étant réellement un protozoaire, cela d'autant plus que ses recherches ayant trait à l'évolution chez le moustique, d'un hémoparasite de la chevêche (l'**Hemamoeba Ziemani**) avaient prouvé l'existence d'un rapport génétique intime entre les trypanosomes d'une part et les spirochètes d'autre part.

En examinant ce qui se passe dans le tube digestif des moustiques (**Culex**) ayant sucé du sang de chevêche, ce savant avait pu constater que l'**Hemamoeba Ziemani**, parasite intra-globulaire, donne des individus sexués ayant l'apparence de trypanosomes, comme l'indiquent la présence de centrosomes, de flagelles et d'une membrane ondulante. De plus, il a vu que ces trypanomoses en se divisant longitudinalement et en restant attachés par une de leurs extrémités, forment des organismes spirillés, qui ressemblent à s'y méprendre au spirochète de la fièvre récurrente, ou de la septicémie des poules. De tout ceci Schaudinn conclut que les vrais spirochètes peuvent provenir de trypanosomes et admet la nature protozoaire des spirillacés du quatrième groupe, le microbe de la syphilis y compris.

Messieurs, à l'heure actuelle on ne peut plus accepter sans réserve la nature protozoaire des spirochètes en général et du parasite de la vérole en particulier. Tout d'abord, il résulte d'une récente publication de Schaudinn que les formes spirochétiennes rencontrées par ce chercheur dans l'organisme des moustiques, n'offrent qu'une ressemblance lointaine avec les vrais spirochètes et que par conséquent, la prétendue relation génétique entre ces spirochètes et les trypanosomes ne saurait être considérée comme rigoureusement établie. Puis, le même savant, en employant la méthode de Loeffler, a réussi à déceler aux deux extrémités du microbe de la syphilis un

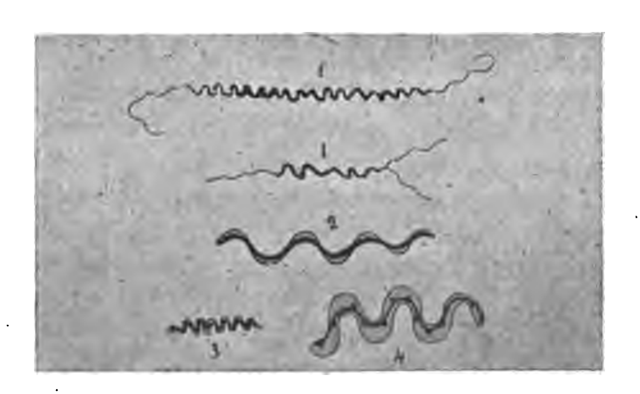


Fig. 6. — (1) *Treponema pallidum* avec cils terminaux; (2) *Spirochaete refringens* avec membrane ondulante ; (3) Sp. des cancers ulcérés ; (4) *Spir. plicatilis* Ehrenberg (d'après Schaudinn).

cil terminal, ce qui permet de séparer ce microbe des autres microorganismes faisant partie du genre des spirochètes. Enfin, d'après les recherches toutes récentes de Borrel, confirmées par les constatations de Zettnow, il résulte que deux des principaux représentants du genre **Spirochaete**, le spirille de la Tik-fever africaine et celui de la septicémie des poules, sont pourvus de cils disséminés tout le long du corps micro-

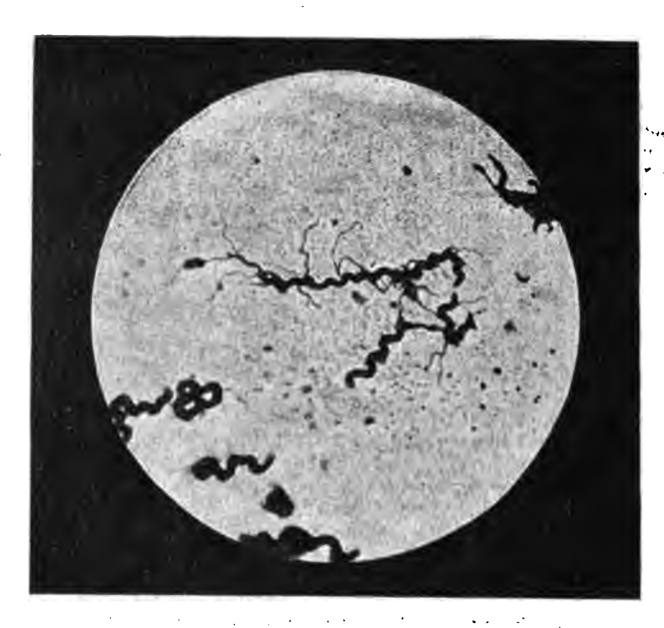


Fig. 7. — Les cils du *Spirochaete gallinarum* (d'après Borrel).

bien, fait qui démontre l'existence d'une relation intime entre ces parasites et les bactériacées. Or, quoique il n'a pas été



Fig. 8. — Les cils du Spirille de la Tik-fever. (D'après Zettnow).

possible de déceler des cils disposés le long du corps microbien chez le **Treponema pallidum** ce qui, soit dit en passant, se conçoit fort bien étant donnée la ténuité extrême de ce tréponème, tout porte à croire que ce parasite ne diffère pas sensiblement des spirilles de la Tik-fevre et de la septicémie brésilienne et que par conséquent, tôt ou tard on réussira à démontrer la réalité de sa nature bactérienne.

Ajoutons que tout récemment nous avons réussi à mettre en évidence la présence d'un seul cil terminal à une des extrémités du **Spirochaete refringens**. Ce spirochète provenait d'un cas de balano-posthite érosive et avait été cultivé dans

des sacs en collodion placés dans le péritoine des lapins et remplis de sérum humain. Cette constatation complète les

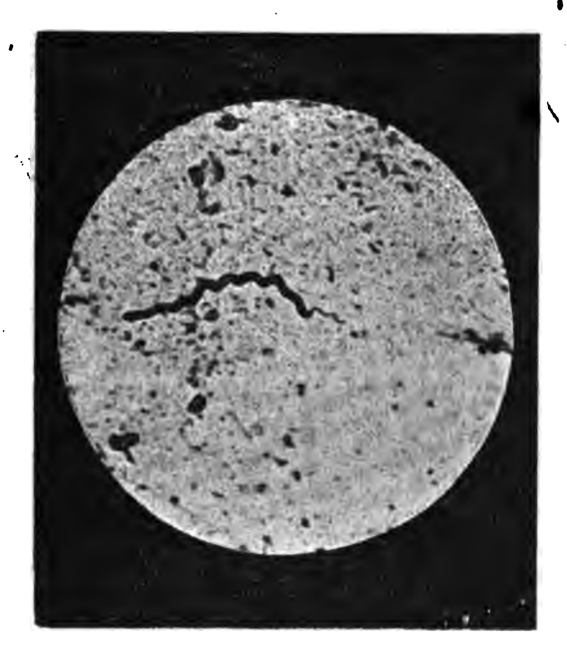


Fig. 9. — Cil terminal du *Spirochaete refringens* (Levaditi).

données mises en lumière par les recherches de Borrel et de Zettnow et permet d'établir une nouvelle classification des spirochètes basée sur le nombre et la disposition des cils. La voici :

(1) Spir. pourv. d'un seul cil terminal...........	Sp. de la fièvre récurrente (Novy). *Sp. refringens* (Levaditi)
(2) Spir. pourvus de deux cils, un à chaque extrémité	*Trepomena pallidum* (Schaudinn).
(3) Spir. pourvus de nombreux cils disséminés le long du corps microbien	*Spir. gallinarum* (Borrel). Spir. de la *Tik-fever* (Zettnow).

Reste la question de la culture. On a considéré, Messieurs, le fait qu'il était impossible de cultiver les divers spirochètes pathogènes, comme une preuve contre la nature bactérienne de ces spirochètes. Or cette dernière objection ne résiste pas à la critique. En effet, nous savons, depuis les belles recherches de Novy et de ses collaborateurs, confirmées par Mesnil et par Thiroux, que certains trypanosomes, en particulier le Tr. Brucei et le Tr. paddae, peuvent donner des cultures abondantes, si on a soin de les ensemencer sur de la gélose additionnée de sang.

Puis, à la suite de nombreux efforts restés sans succès, il nous a été possible ces temps derniers, d'obtenir des cultures abondantes du spirille de la Tik-fever africaine (ou fièvre récurrente de l'homme), du spirille de la septicémie des poules et enfin du Spirochaete refringens de Schaudinn et Hoffmann, en nous servant du procédé des sacs en collodion placés dans le péritoine des lapins. Ces dernières recherches ont non seulement prouvé que les divers spirochètes pathogènes sont parfaitement cultivables, mais de plus, elles ont démontré que de nombreuses générations successives, avec conservation de la virulence, peuvent être réalisées avec ces spirochètes, générations où l'on ne rencontre que des formes spiriliennes typiques. Les spirochètes peuvent donc se reproduire pour ainsi dire à l'infini, sans passer par une forme trypanosomique quelconque, de sorte que, à l'heure actuelle, cet argument réuni à ceux que nous venons d'énumérer, rend de plus en plus probable la nature bactérienne des divers spirochètes, y compris celui de la syphilis. Dès lors, nous ne devons pas perdre l'espoir de cultiver le Treponema pallidum et de combler ainsi cette dernière lacune de la microbiologie de la vérole.

***

Messieurs, si l'étude de la répartition du Treponema pallidum dans les frottis provenant de cas de syphilis acquise et héréditaire avait déjà rendu fort probable l'influence causale exercée par ce tréponème dans la genèse de ces lésions, l'anatomie-pathologique montrant la distribution des spirochètes de Schaudinn dans les diverses altérations syphilitiques, ont rendu certaine cette influence. Ces recherches d'histologie pathologique ont pu être entreprise ces temps derniers grâce aux méthodes d'imprégnation à l'argent, méthodes que je désire vous exposer brièvement.

C'est à Bertarelli, Volpino et Bovero que nous devons le principe de l'imprégnation des spirilles sur coupes, au moyen du nitrate d'argent. Ces chercheurs ont imaginé un procédé, qui consiste à imprégner les coupes déjà montés sur lame, par une solution de nitrate d'argent et à réduire cet argent à l'aide du réducteur de Van Ermengen. Après avoir vérifié les résultats annoncés par les chercheurs italiens et après avoir reconnu que la méthode proposée par eux était rendue défectueuse par la formation de nombreux précipites, nous avons eu l'idée d'appliquer un autre procédé basé sur l'imprégnation en masse des organes syphilitiques et sur la réduction de l'argent au moyen de l'acide pyrogallique et du formol (méthode de Ramon y Cajal).

Voici les détails de nos procédés :

Méthodes de coloration des trépomènes sur coupes

1) *Ancienne méthode* (Levaditi), recommandable pour l'étude des organes retirés après la mort.

a) Des fragments d'organes ayant environ 1 millimètre d'epaisseur sont fixés dans du formol à 10 p. 0/0 pendant 24 heures.

b) Lavage et durcissement dans l'alcool à 96°, pendant 24 heures.

c) Lavage à l'eau distillée pendant quelques minutes jusqu'à ce que les fragments tombent au fond du récipient.

d) Imprégnation à l'aide d'une solution de nitrate d'argent

dont la concentration varie de 1.5 0/0 à 3 0/0. Cette imprégnation doit être faite à 38° et prolongée pendant 3 à 5 jours, suivant les tissus.

e) Court lavage à l'eau distillée et réduction ultérieure à la température de la chambre pendant 24 à 48 heures, par la solution suivante :

Acide pyrogallique...........	de 2 à 4 %.
Formol	5 cm. c.
Eau distillée	100 cm. c.

f) Lavage à l'eau distillée, deshydratatation à l'alcool ; xylol, paraffine et coupes (5 μ au maximum).

g) coloration double par un des procédés suivants :

α) Mélange de Giemsa pendant quelques minutes, lavage à l'eau, différenciation à l'alcool absolu additionné de quelques gouttes d'essence de girofle, éclaircissement à l'essence de bergamote et au xylol, montage.

β) Solution concentrée de bleu de toluidine, différenciation à l'alcool additionné de quelques gouttes du mélange éther-glycérine (Unna), essence de bergamote, xyol, etc.

γ) Première coloration au bleu de méthyle, en solution aqueuse ; seconde coloration, après lavage, par une solution aqueuse concentrée de rouge neutre ; différenciation à l'alcool absolu, xyol etc. (Manouélian).

2) *Nouvelle méthode à la pyridine* (Levaditi et Manouélian) recommandable pour l'étude de pièces retirées par biopsie.

1° Des fragments d'organes d'un à deux millimètres d'épaisseur sont fixés pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures dans une solution de *formaline* à 10 p. 100 ;

2° Lavage à l'alcool (96 degrés) pendant douze à seize heures ;

3° Lavage à l'eau distillée jusqu'à ce que les pièces tombent au fond du récipient ;

4° Imprégnation par le bain suivant :
Solution de *nitrate d'argent* à 1 p. 100.
Ajouter au moment de l'emploi : 10 p. 100 de *pyridine* (Cogit ou Billault).

Les flacons bouchés à l'émeri, contenant une assez grande quantité de ce mélange, sont maintenus pendant deux à trois heures à la température de la chambre, et de quatre à six heures à une température d'environ 50 degrés.

5° Lavage très rapide dans une solution de *pyridine* à 10 p. 100 ;

6° Réduction par le bain suivant :
Solution d'*acide pyrogallique* à 4 p. 100.
Ajouter au moment de l'emploi 10 p. 100 d'*acétone* purifiée (56/57), et 15 p. 00 (du volume total) de *pyridine*.

La réduction s'opère déjà au bout de quelques heures.

7° Alcool, xylol, paraffine et coupes. Les coupes sont colorées au bleu de Unna ou au bleu de toluidine et différenciées à l'aide du mélange éther-glycérine de Unna.

Grâce à l'emploi de ces procédés, il nous a été possible de préciser non seulement tous les détails de l'histo-pathologie de l'hérédo-syphilis, mais aussi ceux de la microscopie des lésions primaires, secondaires et tertiaires de la syphilis acquise de l'homme et du singe.

Ainsi nous avons établi, ce qui a été d'ailleurs confirmé par Buschke et Fischer, par Herxheimer et Opificius, par Hoffmann et par d'autres auteurs, que si le tréponème offre, dans la syphilis héréditaire, une prédilection pour les lésions conjonctives et péri-vasculaire, il ne montre pas moins une tendance à s'attaquer aux éléments nobles de l'organisme, telles les cellules épithiliales du foie et des capsules surrénales par exemple. Chose curieuse, ce tréponème envahit le protoplasma même de ces cellules, il est très souvent nettement intracellulaire et les éléments anatomiques ne semblent pas souffrir de



Fig. 10. — Coupe de foie silex (hérédo-syphilis). Tréponèmes dans le protoplasma des cellules hépatiques.

cette pénétration du parasite dans le corps protoplasmique. Ajoutons que cette existence intra-cellulaire du parasite de la syphilis permet de comprendre sa conservation dans l'organism infecté, pendant les périodes d'acalmie qui séparent l'éclosion des accidents syphilitiques cutanés (1).

De plus, nous avons vu que, à l'encontre des autres spirilles



Fig. 11. — Coupe de peau atteinte de pemphigus (hérédo-syphilis). Tréponèmes dans les vésicules épidermiques et dans les papilles.

(1) Dans une publication toute récente, Bandi et Simonelli insistent sur l'intérêt de ce parasitisme intra-cellulaire du *Treponema palli-*

pathogènes, le spirochète de Schaudinn n'est pas un parasite exquisite du système circulatoire, en ce sens qu'il ne pullule pas volontiers dans le sang circulant. Par contre, il semble préférer la paroi des vaisseaux qui parfois apparaît comme farcie de tréponèmes. Enfin, nous avons montré que l'organisme des fœtus mort-nés ou macérés, issus de parents syphilitiques, peut renfermer des quantités prodigieuses de spirochètes dans les divers viscères. Or, comme ces fœtus n'ont ni ingéré, ni même respiré, l'origine extérieure de ces spirochètes doit être définitivement rejetée. Ces parasites n'ont pu provenir que des parents procréateurs, et en particulier de la mère. Ce qui le prouve, c'est la richesse exceptionnelle du foie en parasites spirilles, organe qui le premier reçoit le sang placentaire vecteur du virus.

A ces constatations s'ajoutent celles qui ont trait à la présence des tréponèmes dans les voies respiratoires, particulièrement dans l'**excrétion bronchique** des nouevau-nés hérédo-

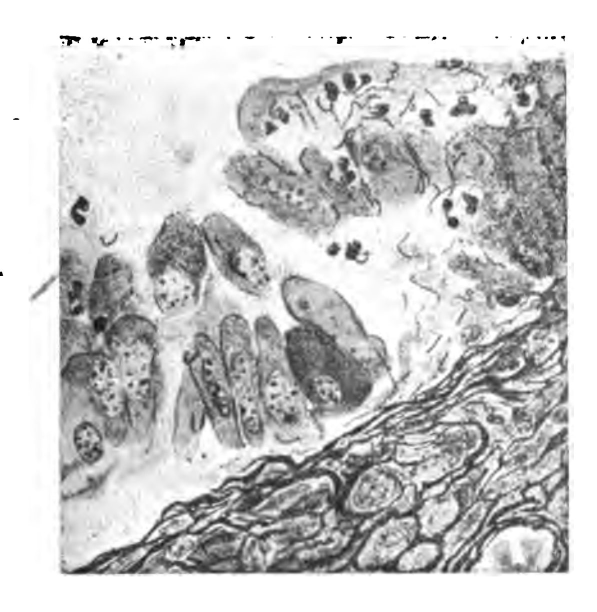


Fig. 12. — Coupe d'une bronche (hérédo-syphilis). Tréponèmes dans la lumière bronchique, répandus parmi les épithéliums desquamés.

syphilitiques et dans les **voies rénales** (tubes contournés) ; s'ajoutent également les faits concernant **la manière dont l'organisme se défend vis à vis de l'infection provoquée par les parasites de Schaudinn.** Cette défense est réalisée par les **phagocytes** monoculéaires, lesquels englobent les spirochètes, les transforment en granules et les détruisent plus ou moins rapidement. Ce qui le prouve, ce sont d'une part, l'existence à l'intérieur des alvéoles pulmonaires (pneumonie blanche), de mocrophages contenant les tréponèmes plus ou moins dégénérés, et d'autre part, l'extrême pauvreté en spirochètes des organes lymphatiques rate et ganglions lymphatiques), organes dont l'intervention active dans la destruction phagocytaire des spirilles est bien connue (Metchnikoff, Cantacuzène, Levaditi, etc.). Ce mécanisme présidant à la défense de l'organisme contre l'agent pathogène de la vérole, a été accepté par Versé, qui dans un travail très documenté, confirme la plupart de nos observations. Là où cet auteur se sépare de notre manière de voir, c'est lorsqu'il refuse d'attribuer une nature macrophagique aux éléments mononucléaires qui remplissent les alvéoles pulmonaires dans la pneumonie blanche. Pour lui, ces éléments sont des épithéliums et leur richesse en spirochètes loin de témoigner en faveur d'un acte phagocyaire, serait due à la pénétration active des parasites dans le corps protoplasmique.

Nous ne pensons pas que cette interprétation soit justifiée. Ce qui nous le fait croire, c'est que, à l'encontre de ce qui se passe dans le protoplasma des épithéliums glandulaires (cellules hépatiques, éléments des capsules surrénales etc.), où l'on voit les spirilles ayant pénétré grâce à leur mouvements propres, conserver leur forme et leur colorabilité, les tréponèmes phagocytés par les macrophages pulmonnaires, montrent toute une série d'altérations rappelant les modifications subies par les vibrions contenus dans les leucocytes polynucléaires.

La même divergence d'opinion existe entre Versé et nous, à propos des relations étroites que nous avons cru pouvoir établir entre la gravité des lésions de l'hérédo-syphilis et la richesse de ces lésions en tréponèmes. Il est vrai que parfois des organes en apparence sains, peuvent contenir de nombreux spirochètes, mais cela peut fort bien s'expliquer en admettant que ces parasites, tout d'abord localisés au niveau des foyers altérés, n'ont envahi le reste de l'organisme que pendant la période préagonique. Ce qui est hors de doute, c'est que le foie, ou le poumon, lorsqu'ils offrent des modifications pathologiques accentuées (foie silex, pneumonie blanche, etc.), sont toujours les dépositaires d'un très grand nombre de tréponèmes. D'ailleurs, on n'a qu'à examiner attentivement des coupes provenant de chancres ou de papules excisés au début de leur évolution, pour se convaincre du fait que les spirochètes existent en abondance surtout là où il y a lésion syphilitique vasculaire ou périvasculaire. Bien entendu tout ceci ne réfute nullement la conception de Versé, d'après laquelle les réactions cellulaires locales, dont le but est précisément l'épuration microbienne de l'organisme infecté, doivent finir par détruire et résorber les tréponèmes. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que dans les cas examinés par nous, ces réactions cellulaires étaient loin d'avoir réalisé cette destruction et cette résorption des parasites de Schaudinn.

Je rappellerai, pour être complet, les observations que nous avons recueillies en collaboration avec Wallich, à la suite

dum et prétendent l'avoir établi avant nous, à l'aide de l'examen des frottis provenant de diverses lésions syphilitiques. Nous ne pensons pas que les constatations des auteurs italiens puissent être considérées comme probantes, étant données d'une part, les dimensions des tréponèmes, et d'autre part l'impossibilité où l'on est de conserver l'intégrité des cellules, lorsqu'on se sert de la méthode des frottis.

de Paschen et de Ménétrier et Rubens-Duval et en même temps que Nattan-Larrier et Brindeau, au sujet de la distribution des tréponèmes dans le **placenta** fœtal et maternel.

Messieurs, non moins dignes d'intérêt sont les recherches histologiques auxquelles on a soumis les chancres, les manifestations secondaires et les accidents tertiaires de la syphilis acquise de l'homme et du singe, grâce aux méthodes à l'argent. Les constatations de Burnet et Vincent, de Veillon et Girard, de Blaschko, de Hoffmann et celles que nous avons faites en collaboration avec Queyrat et Manouélian, sont unanimes pour prouver l'extrême abondance des tréponèmes dans

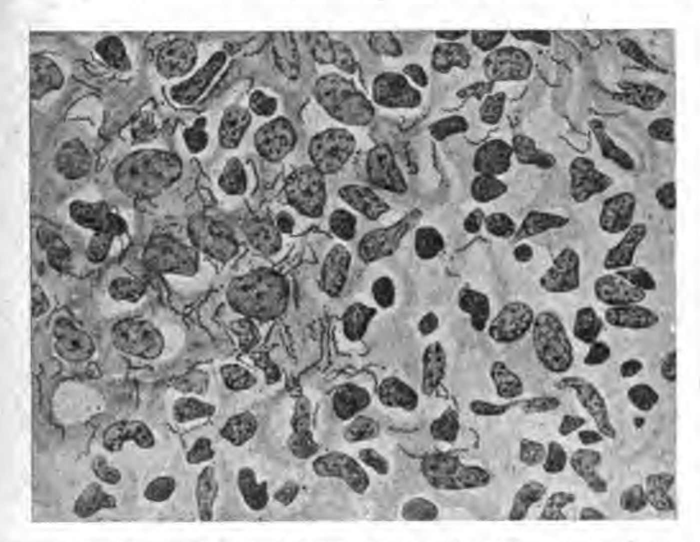


Fig. 13. — Coupe d'un syphilome primaire de l'homme. Nombreux tréponèmes dans l'épiderme et rares parasites dans les couches sous-jacentes du derme (d'après Levaditi et Queyrat).

les chancres, la présence de ces parasites autour des vaisseaux et dans la lumière valculaire des ganglions, des macules et des papules cutanées, ainsi que l'absence des spirochètes dans les manifestations tertiaires. Ces recherches ont montré surtout qu'entre les nodules mononucléaires qui entourent les vaisseaux atteints d'endo et de péri-artérite, et la distribution des tréponèmes, il y a un parallelisme frappant. De plus,

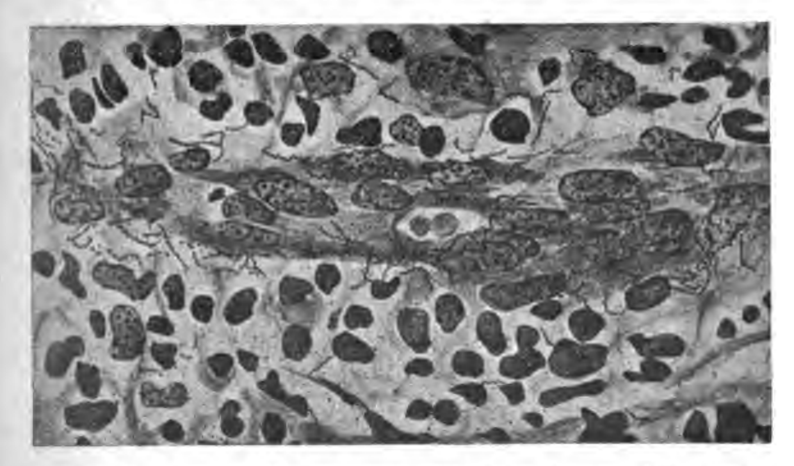


Fig. 14. — Coupe d'un syphilome primaire de l'homme. Tréponèmes au niveau d'un vaisseau papillaire atteint d'endo- et de péri-vascularite (d'après Levaditi et Queyrat).

ainsi que nous l'avons remarqué Manouélian et moi, l'oblitération **vasiculaire, suite de l'endartérite, est intimement liée**



Fig. 15. — Coupe intéressant l'induration d'un syphilome primaire de l'homme. Tréponèmes disposés parallèlement aux fibrilles conjonctives. Cette disposition des tréponèmes les uns à la suite des autres, plaide en faveur d'une multiplication par voie de division transversale (d'après Levaditi et Queyrat).

à la prolifération locale des microorganismes de Schaudinn et Hoffmann. En outre, **la présence** de ces microorganismes à

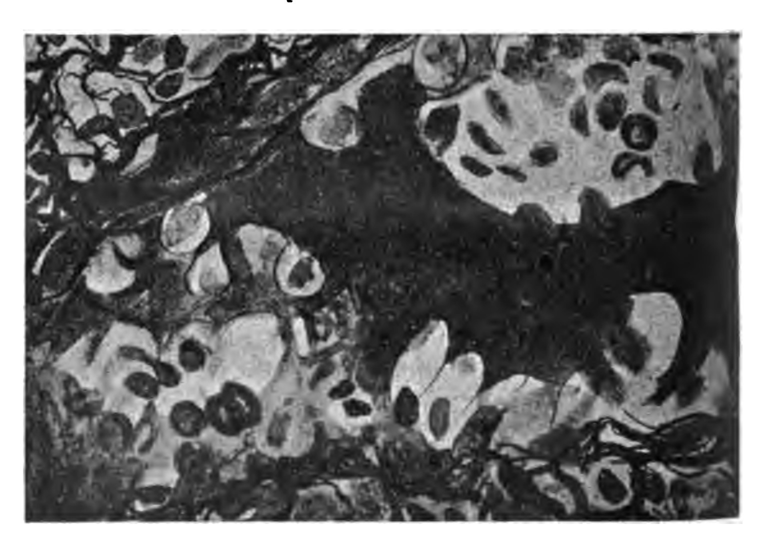


Fig. 16. — Coupe transversale d'un vaisseau dermique (syphilome primaire). Tréponème libre dans la lumière vasculaire.

l'état de liberté dans le plasma sanguin, au milieu des globules rouges, indique que, **au même titre que la voie lymphatique, la circulation sanguine assure l'envahissement de l'organisme pa rles tréponèmes.**

Si les tréponèmes abondent dans les accidents cutanés de la syphilis acquise, ils semblent être infiniment plus rares dans les viscères des individus ayant succombé en pleine vérole secondaire. Ce n'est que dans les **capsules surrénales** que Jacquet et Sézary ont pu retrouver ces tréponèmes, d'ailleurs absents dans le système nerveux des hommes atteints de tabès ou de paralysie générale Queyrat et Feuillié, Sicard, (Marinesco, Manouélian et nous-mêmes). Rappelons pour clore ce chapitre, que la distribution des spirochètes dans les chancres et les ganglions hypertrophiés des singes antropoïdes et

cathariniens, a permis d'établir une étroite ressemblance entre ces lésions et les manifestations similaires de l'homme (Levaditi et Manouélien).

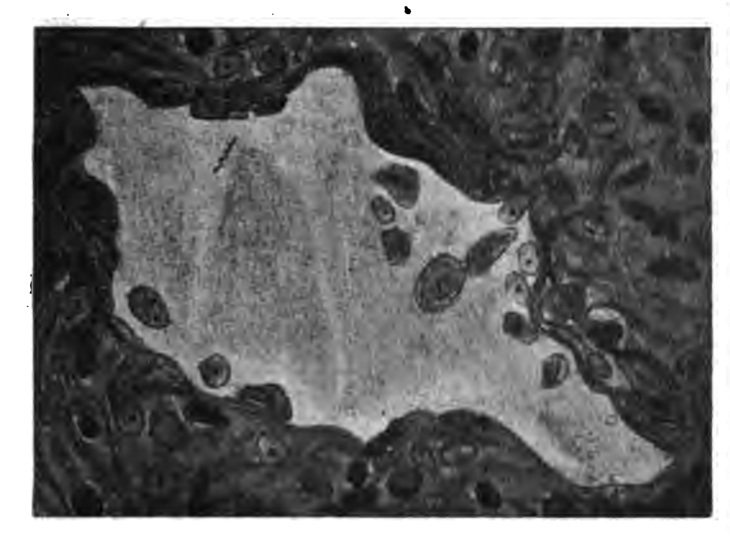


Fig. 17. — Coupe d'un vaisseau sis dans un ganglion lymphatique hypertrophié de l'homme. Tréponème libre dans la lumière vasculaire (d'après Queyrat et Levaditi).

Vous voyez donc, Messieurs, que l'étude histo-pathologique à laquelle on a soumis la syphilis acquise et héréditaire, confirme pleinement les données que l'on avait accumulées au moyen de la méthode des frottis et que tout converge vers l'idée que le parasite découvert par les savants de l'Office sanitaire de Berlin est réellement la cause provocante de la syphilis. Il me reste, pour finir, vous dire quelques mots des résultats auxquels ont abouti les observateurs qui ont entrepris l'examen expérimental de l'immunité, de la thérapeutique et de la prophilaxie dans la syphilis.

III. Immunité, thérapeutique et prophilaxie dans la syphilis.

Il a été établi en clinique que les individus porteurs de chancres syphilitiques montrent une immunité absolue du revêtement cutané et muqueux vis-à-vis d'une nouvelle inoculation de virus syphilitique provenant soit de l'accident primaire du malade même, soit de chancres étrangers. Pourtant, on ne saurait attribuer à cette immunité le sens que l'on est d'accord à concéder à des états analogues constatés dans diverses autres maladies infectieuses. En effet, dans l'infection syphilitique, l'organisme résiste à une inoculation ultérieure, non pas parce qu'il est vacciné et guéri de la maladie, mais parce qu'il est encore porteur du virus de la vérole. On sait que les individus qui opposent une résistance absolue à toute épreuve de réinoculation syphilitique, peuvent fort bien offrir des accidents secondaires cutanés ou muqueux.

L'expérimentation a apporté quelque lumière dans l'étude de cette question de l'immunité syphilitique. On s'est demandé tout d'abord si l'extirpation précoce de l'endroit inoculé avec du virus actif, ne serait capable d'entraver chez le singe, l'éclosion de l'accident primitif. M. Neisser et ses collaborateurs ont pu constater à ce sujet que cette extirpation pratiquée huit heures après la scarification de l'arcade sourcillière, n'empêche nullement la genèse d'indurations chancreuses au niveau de la cicatrice formée, cela après une incubation de cinquante-deux jours. Ceci prouve que la diffusion du virus syphilitique autour de la région inoculée s'opère d'une façon très rapide et l'on peut se demander si l'infection générale de l'organisme sensible n'est pas réalisée avant même l'éclosion de l'accident primitif.

En tout cas, ce que l'on peut affirmer avec certitude à l'heure qu'il est, c'est que l'immunité cutanée vis-à-vis d'une nouvelle inoculation de virus véroleux, n'apparaît guère avant la formation du chancre et ne semble pas se produire dans la première quinzaine qui suit l'accident primaire. Ainsi, Metchnikoff et Roux, en inoculant à deux reprises et à dix jours d'intervalle, du virus actif à un orang-outang, ont constaté que ces deux inoculations successives ont été suivies de l'apparition de lésions primaires typiques. D'un autre côté, Queyrat, en expérimentant sur l'homme, a pu établir que le suc d'un chancre âgé de tout au plus quinze jours, inoculé au porteur, peut encore provoquer la formation d'un syphilome cutané, mais que plus tard, cette inoculation reste sans effet. Nous avons pu d'ailleurs vérifier les affirmations de Queyrat et démontrer au moyen d'études histologiques, que les syphilomes d'auto-inoculation sont véritablement des chancres, comme l'indiquent les lésions décelées et leur richesse en tréponèmes.

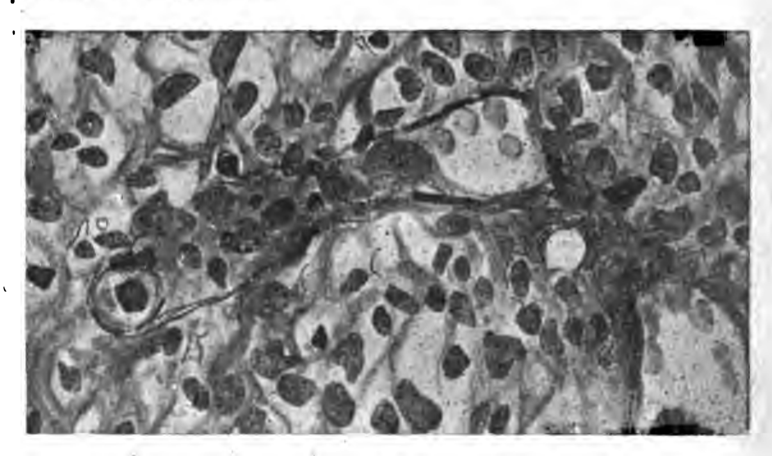


Fig. 18. — Coupe intéressant un syphilome cutané provoqué par l'inoculation au porteur, du suc d'un chancre datant de 8 jours. Endo-et péri-vascularite, avec accumulation de tréponèmes au niveau des lésions (d'après Queyrat et Levaditi).

On peut donc conclure de ces faits, que l'immunité cutanée ne devient absolue dans la syphilis, qu'un certain temps après l'éclosion de l'accident primitif (1). Or, comme très probablement, au moment où cette immunité s'établit d'une façon définitive,

(1) Finzer et Landsteiner ont soutenu récemment l'absence d'une vraie immunité au cours de la syphilis.

l'organisme est déjà envahi par le microbe de la vérole, on peut affirmer que l'immunité cutanée n'est que l'expression de la généralisation de l'infection spécifique.

Messieurs, le but visé par les expérimentateurs qui ont entrepris l'étude de la syphilis des singes, n'était pas seulement de résoudre certains problèmes d'ordre plutôt théorique, mais surtout d'appliquer à la pratique les données déjà acquises, de voir jusqu'à quel point la sérothérapie et la vaccination active n'étaient capables d'enrayer l'évolution de l'infection syphilitique. Malheureusement, malgré les nombreuses tentatives faites dans cette direction, nous ne possédons actuellement aucun moyen sérothérapique ou vaccinal pouvant donner l'espoir, prévenir la vérole ou de guérir une syphilis déjà en cours. Ce serait peine perdue que de vous énumérer ici tous les dispositifs expérimentaux réalisés dans cette direction ; ils n'ont abouti qu'à prouver que seul le mélange in vitro de virus et de sérum provenant de singes ayant préalablement reçu des produits syphilitiques (sang, chancres, etc.(, est capable d'anéantir l'activité de ce virus, ce qui est peu de chose si l'on se place au point de vue exclusivement pratique. On avait espéré pouvoir réaliser une atténuation du microbe de la syphilis au moyen des passages à travers l'organisme des singes inférieurs et obtenir ainsi un vaccin vivant, analogue à celui de la variole ou de la rage. Mais ici aussi on s'est heurté à de grosses difficultés, de sorte que malgré les résultats relativement encourageants enregistrés par Metchnikoff et Roux, d'ailleurs contredits par Neisser, la question doit être laissée en suspens.

Ajoutons qu'il en est de même actuellement de la méthode vaccinale proposée par Kraus de Vienne, qui consiste à inoculer à des syphilitiques, avant l'éclosion des accidents secondaires, une dilution de suc provenant de la trituration de chancres extirpés.

Messieurs, si le progrès de la sérothérapie et de la vaccination dans la syphilis sont encore à la merci du chercheur qui aura réalisé la culture du **Treponema pallidum**, la prophylaxie de la vérole est entrée dans une voie toute nouvelle, grâce aux récentes recherches de Metchnikoff et Roux. Ces savants ont eu l'idée de soumettre la porte d'entrée du virus syphilitique à l'action antiseptique des pommades mercurielles et ont pu ainsi empêcher l'éclosion du chancre, non seulement chez les singes anthropoïdes et catharíniens, mais aussi chez l'homme. Ils ont constaté, dans leur série de douze expériences, que le frottement de la région inoculée, réalisé à l'aide d'une pommade au calomel (calomel et lanoline au tiers), peut s'opposer à l'apparition du chancre, même si ce frottement est appliqué dix-huit heures après l'inoculation du virus. Chez l'homme, le résultat fut plus démonstratif, car on a eu soin de se servir du suc de deux chancres d'âge divers et d'employer la pommade une heure après la scarification du sillon balano-préputial. Inutile de dire qu'actuellement, deux mois après le début de l'expérience, le jeune étudiant en médecine qui volontairement et en pleine connaissance de cause s'est soumis à l'expérience, ne présente aucune manifestation syphilitique.

Vous saisissez tous, Messieurs, la portée pratique de cette découverte faite à l'Institut Pasteur de Paris et vous n'hésiterez pas, je l'espère, de vous associer à moi pour apporter un chaleureux hommage aux savants qui l'ont réalisée.

Arrivé à la fin de cette conférence, permettez-moi Messieurs, de ne plus abuser de votre patience en résumant les nombreuses données que nous avons examinées ensemble. Vous avez pu voir ce que la science a profité de l'application de la méthode expérimentale à l'étude de la syphilis, et ce que peut réaliser l'esprit des chercheurs dans un si court espace de temps, lorsque cet esprit est guidé par l'observation rigoureuse des faits et par une juste interprétation de ces faits. L'avenir nous réserve encore de nombreuses surprises. Aussi, l'immensité du champ déjà parcouru ne doit nullement décourager ceux d'entre vous qui ont le désir de s'enrôler parmi les travailleurs qui explorent le domaine de la syphilis. Il suffit de quelque persévérance pour mener à bonne fin l'œuvre inaugurée, il y aura bientôt trois ans, par des savants français et ceci est peu de chose, par rapport à la grandeur du but vers lequel tend l'étude expérimentale des affections syphilitiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 25 mai 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Gangrène sèche de l'auriculaire

M. **Leroy** présente un doigt atteint de gangrène sèche consécutive à un traumatisme et amputé dans le service de M. le professeur Dubar.

La pièce provient d'un garçon de 16 ans qui, le 24 février 1906, eut l'auriculaire droit écrasé par une presse. Il n'y eut pas de plaie. Les mouvements, ceux de flexion notamment, étaient conservés, mais douloureux. On fit des pansements humides à l'aide de compresses imprégnées d'alcool.

Deux jours après le doigt se mit à bleuir, puis à noircir et à se dessècher de l'extrémité vers la racine. Les mouvements devinrent bientôt impossibles. Au bout de quinze jours la gangrène se limitait à la partie inférieure de la phalange. Les pansements à l'alcool furent continués. Le blessé entra dans le service le 12 avril 1906. A ce moment, le doigt se présentait exactement sous l'aspect qu'on lui voit actuellement. Il était absolument noir, momifié jusqu'au-dessus de l'articulation phalango-phalanginienne. A ce niveau existait un sillon d'élimination profond d'environ deux millimètres; au-delà, la peau était saine. La phalange était fracturée vers son tiers supérieur.

L'amputation fut pratiquée le 18 avril. Le couteau passa dans le trait de fracture afin de conserver l'extrémité métacarpienne de la phalange.

On peut admettre que le traumatisme et la nature des pansements employés ont combiné leur action pour amener le développement de cette variété de gangrène.

Imperforation anale
Ouverture du rectum dans l'urètre membraneuse

MM. **Gaudier** et **Desreumaux**. — Il s'agit d'un enfant du sexe masculin, qui fut opéré par le docteur GAUDIER d'imperforation anale au bout de vingt-quatre heures. L'ampoule rectale, très haut située, fut amenée assez difficilement à la peau. L'enfant, dès la naissance, rendait du méconium par la verge. Il mourut à l'âge de deux mois, arthreptique ; les pièces très intéressantes montrent que l'anus créé était parfaitement perméable. L'orifice anormal et une petite fente étroite, s'ouvrent dans l'urètre membraneuse.

M. **Le Fort** a étudié les faits de ce genre dans un mémoire publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* en 1906. Ils sont très rares.

Chondrome du tibia

M. **Leroy**, au nom de M. **Dubar** et au sien, présente un chondrome du tibia gauche provenant d'un malade opéré à la Clinique chirurgicale de la Charité.

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, entré dans le service le 1er mai 1906, pour une tuméfaction volumineuse siégeant à la face postérieure de la jambe gauche, juste au-dessous du creux poplité.

A noter que les cinq frères et sœurs du malade, ainsi que ses cinq enfants, sont tous porteurs d'exostoses constatées dès les premiers mois de la vie.

Le sujet lui-même n'a jamais eu d'autre affection qu'un eczéma de la face qui dura cinq ans, mais il porte lui aussi un certain nombre d'exostoses apparues dans l'enfance. Il y a six mois, il commença à éprouver une gêne marquée dans les mouvements de flexion de la jambe gauche. Son médecin constata qu'il existait à la partie supéro-postérieure de cette jambe une tuméfaction arrondie, dure, indolore spontanément et à la pression.

Depuis, le mollet n'a cessé d'augmenter de volume de façon régulière et progressive. La motilité de la jambe fut rapidement entravée. La marche devint difficile, amena dans le pied des fourmillements pénibles qui s'accentuèrent avec le temps. Le malade ne pouvait faire plus de 200 à 300 mètres sans se reposer. En outre, il éprouvait, surtout la nuit, des crampes assez violentes dans le mollet. Au moment de son entrée à l'hôpital, on constata la présence de varicosités nombreuses sur toute la hauteur de la jambe gauche. Il existait à la partie supéro-postérieure de cette jambe une tuméfaction volumineuse, régulière, sans bosselures, occupant la moitié inférieure du creux poplité et le tiers supérieur du mollet. A son niveau, la peau n'était pas modifiée. La palpation permit de reconnaître que cette augmentation de volume était déterminée par une tumeur arrondie, non fluctuante, peu douloureuse, siégeant sous les muscles du mollet (dont elle était indépendante) et fixée à la face postérieure du tibia. La température de la jambe gauche était sensiblement plus élevée que celle de la jambe droite. En raison de l'évolution apparemment rapide du néoplasme et de son siège, malgré l'absence de phénomènes douloureux localisés, on pensa à une tumeur maligne, ostéosarcome ou chondrosarcome du tibia. Des radiographies du docteur BÉDART parurent confirmer cette opinion. On proposa donc au malade l'amputation de la cuisse qui fut acceptée et pratiquée le 9 mai. L'opération se fit sans incident et actuellement le malade n'attend plus qu'un appareil pour quitter l'hôpital.

L'examen macroscopique de la pièce confirmé par l'étude de coupes histologiques fit reconnaître qu'il s'agissait en réalité d'un chondróme type développé aux dépens de la face postérieure de l'épiphyse supérieure du tibia De plus, la dissection de l'extrémité inférieure du fémur montra qu'il existait sur le condyle interne une exostose qui avait passé inaperçue.

Ce cas méritait d'être rapporté non pas seulement à cause de la localisation rare de cette variété de tumeur, mais encore en raison des réflexions qu'il suggère.

Tout d'abord, l'amputation s'imposait. Le volume, le siège et les connexions de la tumeur eussent rendu son ablation isolée impossible. En outre, comme le fait justement remarquer DELBET, les chondromes, même les chondromes purs, dont la structure a été vérifiée histologiquement, d'une façon indiscutable et qui sont habituellement considérés comme des tumeurs bénignes, peuvent se comporter comme des néoplasmes malins et se généraliser. Ils sont donc justiciables du même traitement.

A un autre point de vue, cette observation est encore intéressante. En effet, la coexistence sur un même sujet d'exostoses multiples et d'un chondrome paraît devoir être soulignée. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence ? ou au contraire n'existe-t-il pas quelque relation entre ces diverses productions ? ne s'agit il pas notamment de néoplasies à point de départ identique, mais à évolution différente ? Nous serions tentés de nous ranger à ce dernier avis.

M. **Le Fort** signale la coexistence de chondromes et d'exostoses ostéogéniques. On admet actuellement que les exostoses de croissance, de même que beaucoup de chondromes, tirent leur origine directe ou indirecte du cartilage de conjugaison. M. LE FORT cite plusieurs mémoires ayant trait à la question.

M. Curtis signale l'aspect de la pièce qui se rapproche de celui d'un myxo-chondrome. Il se propose d'en faire un nouvel examen histologique.

Sur un cas de cholécystite

M. Paquet. — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Le Fort et au mien, toute une collection de calculs extraits d'une vésicule biliaire au cours d'une cholécystectomie faite dans le service de M. le professeur Folet, sur une femme dont voici l'observation :

V... Marie, âgée de 44 ans, entre à l'hôpital St-Sauveur, le 12 mai 1906. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ; rien non plus dans ses antécédents collatéraux. Mère de deux enfants bien portants, son mari est en excellente santé. Pas de maladies infectieuses, toujours bien réglée, ne fit aucune perte.

L'histoire de l'affection remonte à une quinzaine d'années. A partir de cette époque, la malade eut des crises de coliques hépatiques. Ces crises, très espacées au début, devinrent au bout de quelques années plus fréquentes. Notamment il y a trois ou quatre ans, la malade eut une crise beaucoup plus intense que les précédentes, accompagnée d'urines ictériques et de coloration des téguments très marquée, et au cours de laquelle elle expulsa par l'anus un calcul volumineux. En décembre 1905, nouvelle crise, puis une autre au début d'avril. Au cours de cette dernière, les matières fécales étaient décolorées ; la malade présentait du subictère, mais aucun calcul ne s'échappa par le rectum.

L'appétit est intact ; aucun dégoût pour les matières grasses, ni la viande, mais amaigrissement notable et perte de forces assez considérable.

La palpation de l'abdomen ne révèle rien de particulier ; la percussion donne de la matité un peu au-dessous du rebord costal. Les téguments et les conjonctives présentent une très légère teinte subictérique. Les urines sont peu abondantes et troubles. Par l'ébullition elles redeviennent claires et ne contiennent ni albumine, ni sucre.

La répétition des crises et leur fréquence de plus en plus grande, rendirent justiciable une intervention chirurgicale qui fut faite le 21 mai dernier.

Laparotomie latérale ; on trouve après l'incision de la paroi des adhérences assez solides qui sont rompues, et entre lesquelles, dans le tissu cellulaire même, on trouve des calculs, ce qui tend à montrer que la vésicule était déchirée auparavant. Celle-ci est très petite, ratatinée et complètement cachée sous le bord antérieur du foie. Prise entre les doigts elle semble indurée, bourrée par des calculs. Adhérente de tous côtés, la paroi est friable au point de se laisser déchirer sous les mors de la pince. Une grande quantité de calculs s'échappe de l'ouverture, les uns sont du volume d'un gros pois, un autre est plus volumineux.

La vésicule est dégagée à grand peine à cause des adhérences, puis pédiculisée. Un gros drain est placé dans la plaie.

Le 21 mai, premier pansement ; la plaie est très belle et le drain est raccourci.

Le 25 mai, nouveau pansement ; la plaie est cicatrisée sur toute sa longueur, sauf au niveau du drain.

La température était montée à 37° 8 le surlendemain de l'intervention. Depuis, elle reste matin et soir aux environs de 37°, ne dépassant jamais 37°5 et à aucun moment la plaie n'a montré trace d'infection.

M. Surmont demande si l'ictère fut prolongé et s'il n'existait pas de fistule entre la vésicule biliaire et l'intestin.

M. Le Fort répond négativement.

Sur l'origine intestinale de l'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique chez l'enfant

M. Deléarde lit, au nom de MM. Calmette et Guérin et au sien, une communication, dont le compte-rendu a été publié in extenso dans un précédent numéro.

M. Deléarde répond négativement ; les pièces ne permettaient aucun doute sur la nature de l'adénite.

M. Curtis a vu dans beaucoup d'autopsies des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses, sans qu'il y ait eu signe de tuberculose pulmonaire.

M. Deléarde insiste sur le rôle de la déglutition et rappelle la voie d'accès au médiastin des bacilles tuberculeux, telle que MM. Calmette et Guérin l'ont déjà décrite.

M. Le Fort rappelle les cas où les ganglions iliaques s'enflamment, bien que les cruraux qui ont servi de passage à l'infection ne semblent pas présenter de retentissement inflammatoire.

M. Surmont fait remarquer que la possibilité et la facilité de l'infection tuberculeuse des ganglions trachéobronchiques à la suite de l'ingestion des bacilles est chose expérimentalement démontrée et hors de discussion. Mais s'ensuit-il qu'il soit légitime de conclure au même mécanisme chez l'enfant dans un cas comme celui du petit athressique dont l'autopsie a été rapportée par M. Deléarde chez lequel à côté des ganglions trachéobronchiques en pleine dégénérescence caséeuse on a trouvé dans des ganglions méseutériques sains en apparence des bacilles tuberculeux seulement décelables par l'inoculation. Cette conclusion dans ce cas particulier semble prématurée et contraire à la loi anatomofathologique qui nous fait considérer comme les plus anciens, les tubercules dont les lésions sont les plus avancées.

M. Breton refait la genèse des travaux exécutés à l'Institut Pasteur sur l'origine intestinale de la tuberculose

pulmonaire. Il rappelle aussi le mémoire de MM. Vanstenberghe et Grisey sur l'anthracose pulmonaire, mémoire qui prouve la fréquence de l'infection par voie digestive et nous force à considérer le tube intestinal comme un lieu de passage habituel des microbes, et comme porte d'entrée pour l'infection.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecine et Magnétisme

La « Voyante de Saint-Quentin. — Intervention d'un médecin

Dans l'Echo Médical du Nord, 1903, vii, 249, nous avons rapporté un jugement rendu par le tribunal correctionnel de Saint-Quentin, le 27 février 1903, sur la poursuite intentée par le ministère public contre la « Voyante de Saint-Quentin », Mlle Louise Bar, et contre son père Louis Adrien Bar, pour exercice illégal de la médecine. On se rappelle les faits relevés par la prévention : Bar père recevait chez lui les personnes qui venaient le consulter sur les maladies dont elles souffraient, il endormait sa fille, et celle-ci, au cours du sommeil magnétique ainsi provoqué, prenait la main du client, lui donnait des conseils, indiquait le traitement à suivre et les remèdes à prendre, etc. Bref, ces faits furent considérés par le tribunal correctionnel comme constituant le délit d'exercice illégal de la médecine, et amenèrent contre les deux prévenus une condamnation, condamnation à.. 10 et 50 fr. d'amende, avec bénéfice de la loi Béranger.

Point n'était besoin d'être prophète ou somnambule pour prévoir que ces « foudres de la justice » n'effraieraient personne, et n'empêcheraient point la réitération de faits si anodinement réprimés. Seulement les prévenus, avertis, se mirent sur leurs gardes : pour manifester leur respect de la loi..., en la tournant. ils firent appel à l'assistance d'un docteur en médecine. Et les consultations ou traitements recommencèrent de plus belle, avec un succès croissant. Tout de même, le Parquet finit par s'émouvoir de nouveau, et reprit contre les mêmes prévenus de nouvelles poursuites dans lesquelles il engloba soit le frère de la voyante, soit le médecin. Et l'affaire revint devant le tribunal correctionnel de Saint-Quentin, pour aboutir à un jugement rendu le 17 mai 1906. Disons tout de suite que le médecin fut mis hors de cause,... il était mort six jours avant le prononcé du jugement. Quant aux autres prévenus, le tribunal statua par des considérants qu'il suffira de reproduire pour faire connaître l'affaire tout entière, avec ses tenants et aboutissants, avec les discussions d'ordre médical, discussions d'ordre scientifique, voire discussions d'ordre quasi-surnaturel.

Le tribunal rappelle d'abord les circonstances de la première poursuite, les motifs de la condamnation qu'il prononça, la définition qu'il avait donnée de l'exercice illégal de la médecine, lequel s'entend d'un traitement habituel de maladies et d'une direction suivie, impliquant toute une série d'opérations successives, depuis l'installation d'un local pour le public et la réception des clients, jusqu'à la délivrance des ordonnances et le règlement des honoraires ».

Puis il continue comme suit :

« Attendu qu'aussitôt après cette condamnation, Bar père entama des pourparlers avec le docteur en médecine Harmand, alors âgé de 57 ans, menant depuis 15 mois une existence honorable et modeste à Vincennes, et qu'il détermina ce praticien en quête de clientèle à s'installer à Saint-Quentin ;

Que le docteur obtint de lui une avance de fonds pour acquitter ses loyers, ses impôts, ses frais de déménagement et de déplacement, et consentit à placer sous la protection de son diplôme le cabinet de consultation de la demoiselle Bar, qui, de la rue de Guise, avait été transféré rue de la Raffinerie, 65 ; que c'est ainsi que chacun d'eux vint au secours de l'autre ;

Attendu qu'il a été établi dans l'instruction et au cours des débats que ce docteur touchait 150 francs par quinzaine et une rémunération supplémentaire de 3 francs par jour ; qu'il n'a point cherché à se faire en ville une clientèle personnelle et qu'il ne donnait chez lui aucune consultation :

Qu'il a été révélé par les témoignages recueillis que la demoiselle Bar endormie, tantôt par son père, tantôt par son frère, a continué comme par le passé à recevoir des clients, à se mettre en rapports avec eux, soit directement par la pression de la main, soit par l'attouchement d'une mèche de cheveux, d'un fichu, d'une flanelle ou de toute autre partie de leur habillement, à faire des diagnostics, à donner des consultations, à prescrire et à dicter des ordonnances, avec cette seule différence que le docteur Harmand assistait à ces pratiques ;

Qu'il ressort enfin de l'ensemble des dispositions qu'à de très rares exceptions près, le docteur se bornait à écrire les ordonnances sous la dictée de la voyante, ou à les signer quand le texte était de la main du fils Bar ; qu'il n'interrogeait ni auscultait les malades ; qu'il ne contrôlait même pas les ordonnances composées de spécialités inoffensives mais d'une influence curative nulle, d'une variété plus apparente que réelle, groupées dans un ordre quelconque, applicables indistinctement à toutes les maladies, et dont la banalité, l'insignifiance et l'innocuité rendaient même tout contrôle inutile ;

Que c'est ainsi que, pendant près de trois ans, le docteur Harmand s'est fait l'auxiliaire complaisant et rétribué d'une voyante, et a vu défiler plus de malades qu'il n'en avait soignés auparavant, au cours de sa besogneuse carrière ;

Que, dans cette sorte d'association destinée à tourner la loi et à échapper à de nouvelles poursuites, c'est la demoiselle

Bar qui jouait le rôle prépondérant, tandis que celui du docteur était humble et effacé ;

Que c'est à la voyante, et non au médecin silencieux, qu'étaient adressés les remerciements et les témoignages de reconnaissances de nombreux clients soulagés ou guéris. »

Ces faits constatés, comment les apprécier tant au point de vue médical qu'au point de vue juridique ? Le tribunal entre dans des détails scientifiques qui, par eux-mêmes, retiendront l'attention de nos lecteurs.

« Attendu qu'en présence des déclarations et des attestations de gens appartenant à toutes les classes de la société, qui révélaient des faits surprenants, M. le Juge d'instruction a donné mission au docteur Magnin, de la Faculté de Paris, professeur de psychologie, de visiter Louise Bar, de rechercher si elle était susceptible d'être plongée dans un état de sommeil artificiel, dit hypnotisme, et par quels procédés ; de dire si le sommeil était simulé, et si Louise Bar appartient à la catégorie des hystériques facilement hypnotisables ; que l'état hypnotique constaté chez elle est réel, mais ne lui confère pas une aptitude spéciale à faire des diagnostics, à porter des pronostics, à instituer des traitements rationnels, par rapport à des individus présents qu'elle touche de la main, ou à des individus éloignés avec lesquels elle se met en relations à l'aide d'objets à leur usage personnel ;

Que cette théorie est combattue par le docteur Moulin, professeur de l'Association des Dames françaises, à Boulogne-sur-Mer, appelé par la défense pour assister à l'expertise du docteur Maguin, et qui, après avoir dressé une longue liste d'expériences curieuses, affirme que ceux qui soutiennent l'impossibilté des phénomènes du somnambulisme magnétique se trompent ;

Que le docteur Baraduc, ancien interne provisoire de la Salpêtrière, dans le service du docteur Charçot, autorisé à faire un cours libre de biologie générale à l'amphithéâtre Cruveilhier, à la Faculté de Médecine de Paris, invoque ses études sur les vibrations de la vitalité humaine susceptibles d'exercer une influence télépathique, une sorte de télégraphie sans fil sur la radio-activité passive des organes d'un individu en hypotension vitale ;

Qu'à son avis, une personne saine et sensitive perçoit la nature de ces vibrations et que, si elle est psychomètre, c'est-à-dire si elle possède la faculté de transformer ces vibrations en nuages psychiques ou notions mentales, elles s'assimile, par un mécanisme qu'elle ignore et qui peut échapper à sa conscience, des notions aussi précises que la plaque photographique recevant les effets lumineux des objets éclairés par le soleil ;

Qu'il enseigne que l'influx rayonnant d'un être à l'autre donne la possibilité de lire dans les organes, à travers l'enveloppe du corps, et de faire un inventaire en pleine fonction vitale ; que l'influence exercée sur nos centres psychiques par des vibrations éthériques, fluidiques, dites spirituelles, donne des impressions photographiques, et que des vibrations pathogènes peuvent être projetées à une grande distance par une télépathie morbide qui se polarise et s'oriente en une direction voulue ou déterminée, selon la sympathie ou l'antagonisme des fluides de deux personnes vibrant à l'unisson ou à l'opposé ;

Qu'il affirme que l'état second permet au médium d'têre un bon reflet, un écho vibratoire exact, l'antenne respective de la radio-télégraphie humaine ;

Qu'inventeur de la biométrie, il a soumis la demoiselle Bar à son appareil de mensuration des vibrations de la vie, et déclare avoir trouvé en elle une formule normale de pondération ;

Qu'après lui avoir fait subir diverses épreuves des plus intéressantes qu'il décrit, il conclut que cette demoiselle a une médiumnité nettement établie à l'état de sommeil provoqué ;

Qu'elle est une psychomètre inconsciente enregistrant fidèlement les vibrations pathogènes émanées de la radio-activité de nos organes à l'état maladif ; que sa voyance est limitée aux phénomènes pathologiques, et qu'elle est un instrument vivant psychomètrique, dont la loi doit reconnaître la véracité, si elle croit en devoir limiter l'emploi ;

Attendu que le docteur Magnin avait émis l'opinion que l'état hypnotique ne conférait pas à ceux qui y sont plongés le pouvoir d'exécuter un acte qu'ils ne seraient pas capables de réaliser à l'état de veille, par exemple, ne leur faisait pas acquérir, de par le fait qu'ils donnent, le talent de faire un portrait, s'ils ne savent ni dessiner, ni peindre ;

Mais que le docteur Moulin reproche à son confrère Magnin de ne pas avoir distingué entre l'hypnotisme et le magnétisme animal, dont il proclame la supériorité ;

Que, quoiqu'il en soit, il paraît se dégager de cette discussion que la demoiselle Bar, dénuée de toutes notions médicales, serait incapable, pendant son sommeil magnétique, d'en donner en termes techniques une définition précise et savante ;

Que, d'autre part, son père et son frère, qui n'ont fait aucune étude de ce genre, ne sauraient, en l'endormant, lui suggérer des connaissances qui leur manquent ;

Mais qu'alors interviendrait, par la communication directe ou à distance entre la voyante et le malade consultant, une sorte de transfert fluidique lui faisant ressentir les souffrances du client, percevoir ses impressions sur la plaque sensible de son cerveau, et lui donnant la faculté d'être l'écho fidèle de ses plaintes en les exprimant, non en des termes scientifiques qu'elle ignore et que personne ne lui suggère, mais dans le langage courant et vulgaire qui est le sien et celui du client ;

Qu'alors le malade, émerveillé d'entendre décrire ses maux tels qu'il les ressent, se suggestionne à son tour, prend confiance, sent ses forces renaître et son état s'améliorer ;

Que ce phénomène est d'ailleurs reconnu par le docteur Magnin lui-même, qui s'est exprimé ainsi : « Pour qui sait le rôle considérable que joue l'imagination, les guérisons ou semblant de guérisons obtenus par les somnambules n'ont absolument rien d'extraordinaire ; c'est l'éternelle histoire de la foi qui guérit » ;

Attendu que, lorsque les docteurs et les professeurs sont en désaccord sur ces problèmes occultes, les juges, qui ne sont ni assez ignorants pour se permettre un dénigrement toujours facile, ni assez instruits pour se faire une conviction, doivent se garder de se prononcer sur les mystérieuses doctrines discutées à la barre, dans lesquelles les rapports entre les faits observés sont encore trop incomplets, et où il reste à faire trop de découvertes, pour qu'on puisse, quant à présent, déterminer avec certitude une loi de la nature ;

Mais qu'étant donnés les faits révélés par les débats et la controverse brillante qu'ils ont suscitée, le tribunal, sans avoir à déclarer si le magnétisme peut tenir lieu d'une thérapeutique sérieuse, ou s'il est une œuvre de charlatanisme aboutissant à des résultats chimériques, n'a qu'à appliquer la cause la seule science qui lui soit familière, la science juridique, la plus modeste de toutes, puisque la vérité judiciaire qui en émane passe seulement pour la vérité. »

Après s'être ainsi prudemment abrité derrière la maxime **Res judicata** PRO VERITATE **habetur**, le tribunal examine successivement les deux chefs de la prévention, savoir : l'exercice illégal de la médecine et l'escroquerie.

« **Sur l'exercice illégal de la médecine :**

Attendu que, sous l'empire de la loi de ventôse an XI, les pratiques magnétiques étaient réprimées ;

Mais que les travaux préparatoires de la loi du 30 novembre 1892 indiquant que, si les expériences de magnétisme et d'hypnotisme n'ont pas été réservées exclusivement aux médecins, c'est à la condition que les profanes resteraient dans le domaine de la science et n'appliqueraient pas leurs procédés à l'art de guérir ;

Que les conditions d'études et de diplôme imposées aux médecins sont des garanties exigées dans l'intérêt de la santé publique, et des précautions prises contre l'ignorance du praticien et contre la crédulité du malade ;

Qu'assurément le médecin, dans la pratique de son art, est libre de recourir à tous les moyens qu'il croit propres à l'éclairer ; qu'il peut demander même au magnétisme, à la suggestion hypnotique comme à la radiologie et à l'électrothérapie des indications utiles, en les soumettant au contrôle de ses connaissances thérapeutiques et de son expérience professionnelle ;

Mais qu'il lui est interdit de se faire l'auxiliaire d'empiriques, d'accepter, de donner une sorte d'**exequatur** à leurs agissements ;

Que ces principes ont été rappelés dans deux jugements correctionnels, l'un de la 2e chambre du tribunal de la Seine, en date du 11 mai 1904, l'autre du tribunal de Lyon, en date du 9 mai 1905 ;

Que, dans le même esprit, au civil, le tribunal de la Seine, par jugement du 20 janvier 1905, a prononcé la nullité d'une association en participation formée entre un docteur en médecine et un chimiste, pour l'exploitation d'une méthode inventée par ce dernier en vue du traitement de la tuberculose ;

Attendu qu'il est du devoir du médecin de conserver la direction de l'examen du malade, de la détermination de son état, de la prescription des remèdes et de la surveillance du traitement ordonné ;

Que telle n'a pas été l'attitude du docteur Harmand qui, éteignant ses propres lumières, a renoncé à son indépendance, à son autorité, s'est contenté de faire acte de présence dans le cabinet de consultation de la demoiselle Bar, et s'est résigné à la fonction automatique de machine à écrire et à signer ;

Qu'en résumé, la demoiselle Bar n'a pas été un appareil vivant d'expériences au service du docteur, et que c'est celui-ci qui a été l'instrument d'une voyante ;

Que l'intervention de ce médecin n'a donc été qu'un artifice pour dissimuler la perpétration du délit, déjà réprimé en 1903 ; que la demoiselle Bar et son père se sont mis en état de récidive, et que Bar fils s'est fait leur complice par aide et assistance ;

En ce qui concerne l'escroquerie :

Attendu qu'il est de jurisprudence constante que l'attribution faite, par des autorités médicales et scientifiques, d'un pouvoir réel, d'une valeur curative et divinatoire au magnétisme et à l'alloscopie, empêche le juge de qualifier à priori de manœuvre frauduleuse le seul emploi des moyens magnétiques pour le diagnostic et le traitement des maladies ;

Qu'il en serait autrement si le sommeil avait été simulé, et s'il était démontré que le magnétisme n'avait été qu'un trompe l'œil, une jonglerie destinée à exploiter le public ;

Que le docteur Harmand, qui a dit s'être toujours intéressé à l'étude des phénomènes du somnambulisme, a pu croire à l'extra- lucidité de la demoiselle Bar, et, poussé par goût autant que par nécessité, se laisser aller à seconder une entreprise dont les résultats étaient de nature à entretenir son illusion ;

Que les trois autres inculpés, encouragés par l'affluence croissante du public, ont pu garder une haute opinion de l'efficacité de leur méthode ; que le médecin-expert n'a signalé aucune simulation ; que l'instruction n'a révélé aucune connivence avec des compères ; que c'est d'ailleurs au ministère public qu'incombait la charge de la preuve ; que M. le juge d'instruction avait songé à soumettre à l'observation de l'expert la demoiselle Bar et ses co-inculpés et à faire procéder à des expériences pour contrôler ses consultations ;

Mais que le docteur Magnin crut devoir décliner cette mission par des raisons empruntées à la règle du secret professionnel, à la possibilité d'indiscrétion et de coïncidences banales ;

Qu'alors le magistrat instructeur résolut d'envoyer à plusieurs Parquets des commissions rogatoires dans le but de tenter des épreuves consistant à faire établir des diagnostics sur des malades, à adresser des objets à leur usage personnel à la demoiselle Bar, et à comparer les dignostics établis par les médecins avec ceux que cette demoiselle déclarerait pendant son sommeil ;

Que, malgré les garanties de sincérité recommandées et les précautions indiquées pour assurer raisonnablement, et dans la mesure d'une saine interprétation de la loi, le respect du secret professionnel, ce magistrat se heurta à des résistances du même genre ;

Attendu d'ailleurs que, les manœuvres frauduleuses étant écartées, ces expériences n'auraient eu une réelle utilité qu'au point de vue théorique et dans l'intérêt de la science ;

Qu'en définitive il semble que, dans l'espèce, tout le monde a été de bonne foi, voyante, magnétiseurs, autorités médicales et scientifiques, sans oublier surtout les malades. »

Sur cette constatation, le tribunal conclut. Il « déclare éteinte l'action publique dirigée contre le docteur Harmand, décédé le 11 mai courant ; — renvoie la demoiselle Bar, son père et son frère des fins de la prévention du chef d'escroquerie ; — déclare Bar Louise, Bar Louis-Adrien et Bar Jules, coupables d'avoir, depuis moins de trois ans, à Saint-Quentin, exercé illégalement la médecine ; — Condamne... »

Malheureusement, le Recueil judiciaire auquel nous empruntons le texte du jugement ne rapporte pas quelles ont été les peines appliquées. Nous apprenons seulement que la première condamnation, prononcée contre le père et la fille Bar, par le jugement du 27 février 1903, consistait en 50 fr. d'amende pour le père et 10 francs d'amende pour la fille, avec, pour mitiger ces terribles pénalités, le bénéfice de la loi de sursis, c'est-à-dire sans même être tenus de les payer, pour le moment. Etait-ce sérieux ?

Dans nos observations sur ce jugement (**Echo médical du Nord**, 1903, VII, 250), alors que nous comptions sur des peines un peu plus sévères, nous ajoutions que pareille sanction n'était pourtant pas de nature à inspirer aux coupables ni le repentir de leur faute, ni le ferme propos de n'y plus retomber : nos prévisions ont été dépassées. — Nous rappelions les doutes exprimés par le docteur Folet sur l'efficacité de la loi pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, doutes que notre sagace et expérimenté collègue a reproduits plus récemment, au cours de son Rapport au Congrès pour ladite répression (**Echo médical du Nord, suprà**, p. 217) : l'affaire de la voyante de Saint-Quentin ne fera certainement que les corroborer et les raffermir. — Dans les réflexions sur cette même affaire, que l'**Echo médical du Nord, suprà**, p. 197 a empruntées à un journal judiciaire, le chroniqueur allait plus loin encore dans la voie du pessimisme, et, rapprochant de cette affaire celle du fameux zouave Jacob, il confessait qu'il « s'était pris à douter de tout, des sorciers, des magnétiseurs, des zouaves guérisseurs, des médecins eux-mêmes et surtout de l'efficacité de lal oi de ventôse an XI ». Mettons de côté les médecins, et nos lecteurs souscriront sans doute à cette désespérante conclusion.

J. J.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Parmi les mutations dans le Corps de santé militaire nous relevons les suivantes qui intéressent notre région : M. le docteur Battez, médecin-major de 2e classe, est nommé au 87e d'infanterie, à Saint-Quentin ; M. le docteur Beaumont, aide-major de 2e classe, est nommé au 19e chasseurs à cheval, à Lille.

Soutenances de Thèses

M. D.-M.-J.-C. Augier, de Lille, a soutenu avec succès, le 21 Juin 1906, sa thèse de doctorat (n° 29), intitulée : **Technique opératoire et résultats de la résection du genou dans les ostéoarthrites tuberculeuses.**

— M. E.-M. Legrand, d'Auberchicourt (Nord), interne des hôpitaux, a soutenu avec succès, le 22 juin 1906, sa thèse de doctorat n° (30), intitulée : **Des hernies inguinales dites ayant perdu droit de domicile.**

— M. A.-A. Dupuis, d'Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le samedi 30 juin, sa thèse de doctorat, intitulée : **l'Appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.**

— M. P.-M.-J.-G. Bardon, licencié ès sciences naturelles, pharmacien de 1re classe, a soutenu avec succès, le vendredi 6 juillet 1906, sa thèse pour le diplôme de pharmacien supérieur (n° 6), intitulée : **Étude biochimique de quelques bactériacées thermophiles et de leur rôle dans la désintégration des matières organiques des eaux d'égout.**

— M. G.-J.-J. Coez, de Douai (Nord), a soutenu avec succès, le vendredi 6 juillet 1906, sa thèse de doctorat universitaire, intitulée : **Sur les eaux de Douai.**

Notre Carnet

M. le docteur Maguin, d'Audruicq, nous fait part de la naissance de sa fille Renée. Nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale du Corps de santé militaire, avec

affectation aux Ier, IIe corps d'armée. Au grade de *médecin principal* de 2e classe : M. le docteur LUX, de Paris. Au grade de *médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale* : MM. les docteurs WILLETTE, de Dunkerque ; GUERMONPREZ, de Lille. Au grade de *médecin-major de 2e classe de réserve* : M. le docteur MENU, d'Hirson (Aisne). Au grade de *médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale* : MM. les docteurs DESOIL, de Lille ; SOLARY, d'Inchy (Nord) ; GLOVER, de Paris. Au grade de *médecin aide-major de 1re classe de réserve* : MM. les docteurs RENIEZ, de Calais ; CHRISTIAENS, de Lille ; POULAIN, de Saint-Omer ; GOSSART, d'Avion (Pas-de-Calais) ; DENIS, de Douai ; MARLIER, d'Assevent (Nord) ; VIENNE, de Roubaix (Nord) ; LÉON, de Saint-Gobain)Aisne) ; HANSER, de Paris ; PERNOT, de Paris ; GARLOPEAU, de Thoiry (Seine-et-Oise) ; BULTÉ, de Trith Saint-Léger (Nord) ; FRIGAUX, de Grandvillier (Oise) ; LEVEZIER, de Vitry (Seine ; LABBÉ, de Roubaix (Nord) ; DUPEAU, de Marseille-le-Petit (Oise) ; BRET, de Douai (Nord) ; A. FOLLET, d'Etréaupont (Aisne) ; BRULIN, de Montreuil (Pas-de-Calais) ; SAURAIN, de Paris ; LEPOUTRE, de Jenlain (Nord) ; DUQUENNOY, de Liévin (Pas-de-Calais) ; VOISIN, de Sery-Fontaine (Oise) ; P. FOLLET, d'Amiens (Somme) ; DOUVRIN, de Lille ; THILLIEZ, de Lille ; WILDENSTEIN, de Paris ; JULIEN, d'Amiens (Somme) ; ACHERAY, de Paris ; VANDEPUTTE, de Lille ; VALLET, d'Aniche (Nord) ; BERTIN, de Lille ; VERHAEGHE, d'Etrœungt ; DESMOULIN, de Croix (Nord).

ACADÉMIES & SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Ont été élus membres correspondants nationaux : MM. les docteurs ARMAINGAUD, de Bordeaux ; TROLARD, d'Alger.

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Sont promus : *Commandeur* ; M. le docteur PIERROT, médecin inspecteur de l'armée. — **Officiers** : MM. les docteurs RICHARD, de Monaco ; BOUTIÉ, médecin-major de 1re classe de l'armée. — **Chevaliers** : MM. les docteurs Therre, de Vichy (Allier) ; BÉRILLON, TROUILLET et VERNEAU, de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur BLACHE, ancien maire de Privas (Ardèche) ; DURET, de Chamfronnier (Ain) ; BEYGONDAUD, d'Aix-Ternouchent (Oran) ; VERNET, de Pignans (Var) ; BACHELET, de Toulon (Var) ; BONNAFÉ de Rodez (Aveyron) ; LASALLE, de Villefranche (Rhône) ; DUPUIS, de Villié-Morgon (Rhône) ; HABRAN, ancien chirurgien des hôpitaux de Reims (Marne) ; DUTEIL, médecin aide-major de 1re classe ; HECHT, professeur honoraire à la faculté de médecine de Nancy ; DROSTE, du Croisic (Loire-Inférieure) ; DUTEIL, médecin aide-major de 1re de l'armée ; BOCCARD, de Thonon (Savoie) ; VERNET, de Pignans (Var), BACHELET, de Toulon (Var) ; HABRAN, de Reims ; JOSIAS, médecin des hôpitaux de Paris ; VIBERT, du Puy (Puy-de-Dôme) ; BLANC et Paulin TRON, de Marseille : BOLE, de Castelsarrazin (Tarn-et-Garonne) ; CURIÉ, professeur de physique à la Sorbonne ; NETU, de Calais (Pas-de-Calais) ; RAMADIER, de Saint-Chély (Lozère) ; THÉVENEL de Nyons (Drôme) ; LÉPINE, professeur à l'école de médecine de Grenoble ; MARDUEL, de Lyon ; MIARD et BELLAMAIN, de Paris ; PAULET, médecin inspecteur de l'armée en retraite ; AUSALOM, de Selles-sur-Cher (Indre-et-Loire) ; FERVIER, médecin en retraite, de Lyon ; ALLARD, professeur à l'école de médecine de Grenoble ; CRUVEILHIER, chirurgien honoraire des hôpitaux et ancien agrégé de Paris : BARTHÉLÉMY, médecin de Saint-Lazare, à Paris ; LAULANIÉ, directeur de l'école vétérinaire de Toulouse ; REULOS, ancien maire de Villejuif ; DOUSSON, de Largentière (Ardèche) ; PELDRAN, à Maulevrier (Maine-et-Loire) ; CHAPOTIN, de Lorient (Morbihan) ; HENRION, ancien député de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

BILLIOIS, interne des hôpitaux de Marseille ; BELLIARD, externe des hôpitaux de Bordeaux.

René DUBOIS, étudiant en médecine de la faculté, décédé le 5 mai à l'âge de 27 ans. Nous adressons à sa famille, particulièrement à son père, le dévoué praticien de Fives, l'expression émue de nos sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Inconvénients et danger des Dentiers et autres appareils de prothèse dentaire. Maladie du caoutchouc, par M. Eilertsen, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris, lauréat de l'Ecole Dentaire. — 1 vol. in-18 de 214 pages, 1906. Jules Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris.

Cet ouvrage se divise en deux parties : Dans la première, l'auteur fait une étude générale de l'hygiène de la prothèse dentaire, dans laquelle il passe en revue les multiples opérations que comporte la prothèse, les substances qu'elle emploie et leurs moyens et procédés d'utilisation.

Il étudie leurs avantages et leurs inconvénients intrinsèques et comparatifs et, dans un chapitre spécial, signale certaines habitudes professionnelles que le souci de la santé publique demanderait à voir modifier.

La deuxième partie est consacré à la maladie dite du caoutchouc, importante question d'hygiène qui, depuis 30 ans, a soulevé maintes controverses dans le monde dentaire.

C'est une stomatite spéciale, parfois assez grave, en tous points semblable à la stomatite mercurielle, et qui apparaît chez un certain nombre de porteurs de dentiers en caoutchouc durci (vulcanite) colorés en rouge ou en rose par de fortes proportions de vermillon (sulfure de mercure), même parmi

ceux dont la bouche et l'appareil sont l'objet de soins journaliers.

On observe parfois des accidents cliniquement analogues de stomatite septique chez les porteurs de dentiers en caoutchouc non vermillonné ou en d'autres matières, mais ils coïncident toujours avec l'insuffisance des soins de propreté, et disparaissent avec ces soins, ce qui n'arrive pas nécessairement avec les dentiers en vulcanite vermillonnée. Pour obtenir une guérison durable des accidents causés par ces derniers, il faut souvent les remplacer par des appareils construits avec d'autres substances et entretenus ensuite en bon état.

L'auteur montre, par une longue série de faits expérimentaux, que la maladie dite du caoutchouc est due à l'attaque par les fermentations intrabuccales de traces faibles, mais continues, de sulfure de mercure qui se transforme en d'autres sels mercuriels solubilisables, traces insuffisantes pour exercer une action antiseptique sur les microbes de la bouche, mais qui exaltent, au contraire, leur virulence, en même temps qu'elles diminuent la résistance du terrain buccal.

L'auteur fait observer, d'autre part, que le Comité consultatif d'hygiène publique de France, range le vermillon parmi les poisons dont l'usage est défendu pour la coloration des matières alimentaires et des jouets, et, entre autre, des poupées en caoutchouc vulcanisé ; et il conclut de son étude, que les dentistes devraient renoncer à utiliser, pour la coloration des dentiers, une substance aussi suspecte que l'on peut d'ailleurs remplacer par d'autres colorants inoffensifs, et il en indique un certain nombre.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

DU 15 AVRIL AU 12 MAI 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	15	17
3 mois à un an	20	31
1 an à 2 ans	18	10
2 à 5 ans	12	6
5 à 20 ans	10	8
20 à 60 ans	64	62
60 ans et au-dessus	58	53
Total	197	179

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 1 an	Diarrhée et entérite: de 1 à 2 ans	Diarrhée et entérite: plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	1	»	»	6	1	»	»	»	»	»	1	»	2	1	»	»	»	1	»	8	21	24
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	2	1	1	5	»	1	»	3	3	6	3	»	»	1	1	»	14	41	41
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	4	2	»	5	1	2	2	2	3	3	6	»	»	»	»	»	14	44	63
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	9	3	»	2	»	»	1	1	9	3	7	»	»	2	»	»	22	59	86
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	1	2	5	1	1	1	»	»	1	»	19	34	36
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	12	»	1	8	»	»	1	8	2	4	3	»	»	1	1	»	15	56	32
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	1	1	»	4	»	1	1	2	»	4	»	»	»	1	»	»	6	21	23
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	2	»	»	»	2	2	3	2	»	»	»	»	»	5	20	18
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	7	1	»	5	4	»	1	1	4	6	4	»	»	»	»	»	8	41	59
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	»	»	»	»	1	»	»	5	11
Sud, 5,908 hab.	1	»	»	»	»	3	»	»	2	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	5	13	24
Total	1	»	1	»	»	50	9	2	34	7	5	7	23	31	29	27	»	»	5	5	»	38	355	417

Lille. — Imp. Le Bigot frères rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 495. Dixième Année. N° 27. Le Numéro : 10 centimes 8 Juillet 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Les données nouvelles de l'épidémiologie de la fièvre typhoïde

par le docteur **Emile Job**,
médecin-major de 2e classe au 1er escadron du train des équipages militaires

Il semble bien qu'actuellement une modification se produise dans les conceptions qui régissent l'épidémiologie de la fièvre typhoïde. La théorie hydrique, acceptée presque exclusivement encore il y a quelques années, subit incontestablement un mouvement de recul ; elle est vraie pour un certain nombre d'épidémies, mais elle est assez souvent en défaut, et c'est à tort que certains hygiénistes se contentent d'incriminer parfois, lors de poussées typhoïdiques, une eau banalement souillée, sans pouvoir apporter à l'appui de leur conception ni les caractères épidémiologiques exigés en pareil cas depuis les travaux de Hirsch, ni, à leur défaut, de preuves bactériologiques.

C'est la doctrine de la contagion qui a regagné le terrain perdu par la théorie hydrique ; certes, il ne s'agit point d'une doctrine nouvelle, et en France notammnt, Bretonneau, Gendron, Piedvache, Leuret, ont fait ressortir son rôle dès le milieu du siècle dernier. MM. Kelsch, Lemoine, Vincent, etc., ont montré son importance en milieu militaire. MM. Pauly, Combemale, Bard et Péhu et d'autres ont rapporté des cas isolés ou groupés de contagion dans le milieu civil ; des thèses (Hauser 1897, Roger 1900), ont été consacrées à la question, qui a d'ailleurs été, à plusieurs reprises, à l'ordre du jour des diverses sociétés médicales, notamment de la Société Médicale des hôpitaux de Paris.

Toutefois il faut reconnaître que c'est à Koch (1) et à son Ecole que cette ancienne doctrine est redevable de la faveur dont elle jouit actuellement. Koch, partant de cette idée que le bacille typhique persiste peu de temps dans l'eau ou dans le sol, a été amené à rechercher, dans la contagion, la cause de la longue durée de cer-

(1) KOCH. — Veröffentlichungen aus den Gebret der Militär-Sanctät wesens. Heft 21, die Bekämpfung des Typhus, 1903, Berlin-Hirchwald

taines épidémies, la cause de certaines endémies ; appliquant à l'épidémiologie de la fièvre typhoïde une doctrine dont il a constaté la justesse dans ses recherches sur le choléra, sur le paludisme, il prétend que l'homme est le véritable agent de transmission de la maladie. C'est lui ou ce sont les matières infectieuses excrétées par lui qui sont la source de toute fièvre typhoïde ; si ces matières infectieuses vont souiller une eau destinée à la consommation, celle-ci entraînera une épidémie massive de fièvre typhoïde ; mais comme le bacille d'Eberth ne persiste que peu de temps dans l'eau, la courbe de l'épidémie atteindra rapidement son fastigium, d'où elle descendra en quelques jours, et si l'eau seule intervient, c'en sera fait de l'épidémie ; mais il arrive fréquemment qu'à la poussée primitive massive, font suite, à des intervalles plus ou moins rapprochés, de petites poussées. Koch explique ces cas secondaires par la contagion ; il n'est d'ailleurs point nécessaire que l'eau intervienne pour provoquer les premiers cas, et il est des épidémies dues à la contagion ; l'endémie lui est presque exclusivement attribuable. C'est surtout dans les localités rurales que s'exerce la contagion, parce que les latrines sont très primitives, lorsqu'elles existent, et qu'ainsi la matière virulente se mêle facilement aux poussières. La mission allemande envoyée en Prusse Rhénane pour vérifier la conception de Koch et assurer la prophylaxie de la maladie n'a-t-elle pas constaté que dans les villages infectés, celle-ci sévissait surtout sur les enfants habitués à se rouler sur le sol ?

Que la conception de Koch soit exacte, nous n'en doutons point un seul instant, et dans un travail publié en partie dans les Archives de médecine et pharmacie militaire de 1906, nous avons montré qu'elle servait à expliquer un certain nombre d'épidémies survenues en milieu militaire. M. Michel a relaté une épidémie de fièvre typhoïde survenue en Haute-Tarentaise qui est un bel exemple d'épidémie par contagion succédant à une poussée hydrique. Nous pensons également que la même doctrine est éminemment apte à rendre compte des causes de l'endémie typhoïdique, comme nous avons pu nous en rendre compte en étudiant l'évolution de la dothiénentérie dans des groupes militaires, vivant au milieu d'agglomérations civiles peu importantes, notamment à Jausiers et à Cournoux, dans la haute-vallée de l'Ubaye Mais si la doctrine de Koch est exacte, sa démonstration a besoin de développements complémentaires destinés à réfuter les objections qui pourraient lui être adressées : Koch déclare primordial le rôle de l'homme porteur du bacille d'Eberth dans la genèse des épidémies et de l'endémie typhoïdes, mais il n'est pas toujours facile d'établir les liens qui rattachent une atteinte de fièvre typhoïde confirmée à une autre atteinte de la même affection dans un foyer d'endémicité, les cas soumis à l'observation médicale ne se succèdent pas toujours à quinze jours ou trois semaines d'intervalle comme cela devrait être, s'ils étaient les uniques facteurs de dissémination; c'est ici qu'interviennent les données nouvelles dont nous sommes redevables en grande partie aux procédés de laboratoire. Si la succession des atteintes de fièvre typhoïde ne nous paraît pas toujours évidente, c'est qu'un certain nombre d'anneaux de la chaîne qui les relient nous échappent, et ces anneaux sont constitués par les cas frustes et les formes anormales d'une part et par les porteurs chroniques de bacilles d'autre part.

« La méconnaissance des cas frustes de fièvre typhoïde, écrivons nous dans notre mémoire précité, constitue un des facteurs principaux de la genèse des épidémies, de leur persistance et de leur extension. » L'attention a d'ailleurs déjà été appelée sur eux depuis longtemps et M. Kelsch se basant sur l'épidémiologie a, il y a de nombreuses années, montré que l'embarras gastrique fébrile n'est souvent qu'une fièvre typhoïde atténuée; il suffit en effet de consulter les courbes annexées à la statistique médicale de l'année pour acquiescer immédiatement à sa doctrine. La clinique de son côté a montré quelle variabilité, quelles anomalies pouvaient présenter la dothienentérie dans son évolution. Les cas de mort subite, de péritonite généralisée d'origine typhique, survenant chez des individus paraissant sains, vaquant à leurs occupations sont légion. Liebermeister, Crushmann, Fraentzel etc., en ont établi la réalité. La fièvre typhoïde d'après Ewald tendrait à revêtir de plus en plus des formes atypiques, graves parfois, mais trompeuses souvent aussi, parce que le malade est apyrétique après quelques jours de maladie. Dans la Deutsche medizinische Wochenschrift du 21 avril 1904, Curshmann a rapporté un certain nombre de faits exceptionnels dans lesquels la mort subite, l'hémorragie intestinale la péritonite par perforation sont venues attester la nature typhique d'affections qui avaient fait croire à une chlorose, à une neurasthénie, Velich de son côté a pu réunir trente six cas de mort subite par fièvre typhoïde sans que le diagnostic ait pu être établi du vivant du décédé, sans que même parfois son entourage ait pu se douter de son état de maladie.

Mais le laboratoire surtout a contribué à élargir le cadre des affections éberthiennes. Le sérodiagnostic de Widal nous a tout d'abord montré les relations qui unissaient la courbature, la courbature fébrile, l'embarras gastrique à la dothiénentérie; des publications nombreuses ont paru sur ce sujet, dues à MM. Lemoine, Catrin, Geraud et Remlinger, P. Courmont, Schneider, etc. ; nous avons relaté dans notre travail déja cité des épidémies avec cas frustes, decelés surtout par l'épreuve de

la séro-réaction; mais il est important de considérer que si l'épreuve de la séro-réaction a une grosse valeur nosologique, elle est beaucoup moins importante au point de vue de l'épidémiologie et surtout de la prophylaxie, car elle n'apparaît qu'au commencement du second septenaire de la maladie.

Un autre procédé de laboratoire a été imaginé pour faciliter le diagnostic de la dothiénentérie, c'est la recherche du bacille typhique dans le sang ; elle fut utilisée tout d'abord en France par Busquet, Courmont, en Italie par Castellani, en Allemagne par Schottmüller ; il faut faire remarquer immédiatement qu'elle présente des difficultés en rendant l'emploi délicat dans la pratique, la quantité de sang nécessaire exige en effet une ponction veineuse, et bien qu'inoffensive, celle-ci s'est heurtée et se heurte encore à des résistances, venant du médecin ou des malades. Aussi a-t-on recherché des procédés simples, permettant l'envoi du sang à distance; l'un d'entre eux très ingénieux a été récemment publié par le Dr Conrandi, élève de Koch et directeur de la station de recherches de Neunkirchen. L'auteur estime contrairement à Schottmüller, que le bacille peut être trouvé dans le sang des convalescents et chez les malades atteints de typhus levis. Mais l'examen du sang a permis surtout de rapporter à la dothienentérie des formes normales. Il a permis notamment de décrire, avec toute la rigueur scientifique désirable, les formes septicémiques de l'infection éberthienne, et l'article que leur ont consacré MM. Bezançon et Philbert, dans le Journal de Physiologie et de Pathologie générales en 1904, montre de quelle importance elles sont .

Les données les plus complètes sur les cas frustes ont été incontestablement fournies par la recherche du bacille dans les selles. Cette méthode recommandée en France surtout par M. Chantemesse, expérimentée pour la recherche des formes légères de dothienentérie par son élève Decobert est très en honneur en Allemagne. Ce n'est point le lieu d'insister ici sur la technique ; notre camarade et ami, M. Braun lui a consacré un article très documenté dans les Annales de l'Institut Pasteur (septembre 1905) et auquel il n'y a rien à ajouter, sinon que Lœffler vient à nouveau d'insister sur les résultats qui lui fournissent ses milieux au vert malachite. La recherche du bacille dans les selles a permis à la mission allemande opérant en Prusse rhénane, sous la direction du professeur Frosch, de montrer que l'infection éberthienne pouvait évoluer sous forme d'angine de bronchite, de broncho-pneumonie, de colique hépatique, de cholécystite, d'otite moyenne récidivante, etc.

Les recherches de laboratoire ne se sont point bornées à nous éclairer sur le polymorphisme de la dothienentérie, elles ont encore précisé les notions souvent indécises que nous possédions sur la durée de l'émission du contage par le malade, l'époque d'apparition du bacille dans les excréta, ses voies d'élimination, etc. On sait depuis très longtemps que la fièvre typhoïde est une maladie d'origine fécale, que les déjections des malades sont l'agent de transmission le plus important de la maladie ; mais ce que l'on savait mal, c'est la date à laquelle le bacille apparaît dans les selles. Chantemesse et Widal, Karlinski avaient bien essayé de nous fixer sur ce point, mais la date d'apparition qu'ils fixaient était trop tardive ; seules des méthodes nouvelles et des recherches nombreuses pouvaient élucider la question. De Drigalski qui a publié en 1904 dans le *Centralblatt für Baktériologie* une étude d'ensemble sur les résultats fournis par la méthode de prophylaxie de la fièvre typhoïde, préconisée par Koch, donne un tableau indiquant la date d'apparition du bacille d'Eberth, le nombre de constatations positives et le pourcentage qu'elles fournissent. Le bacille typhoïdique fut constaté dans soixante-cinq cas.

Le bacille se trouve donc dans les selles des typhoïdiques dès les premiers jours de l'infection, à la période d'état et nous aurons l'ocasion de le prouver, parfois longtemps après le début de la convalescence. Les diverses stations de recherches installées dans l'ouest de l'Allemagne ont d'ailleurs montré que les individus sains vivant en un milieu où règne la fièvre typhoïde à l'état endémique ou épidémique peuvent receler l'Eberth dans leurs selles, c'est une confirmation des recherches publiées il y a une dizaine d'années déjà par nos camarades Remlinger et Schneider.

Le danger des urines, comme agent de propagation de la dothiénentérie est également considérable. C'est là une notion d'acquisition récente mais maintenant classique. Bouchard en 1881, Besson en 1897 avaient déjà montré le danger que présentent les urines albumineuses. Les recherches ultérieures de Petruschky, de Neufeld, de Schüder, de Vincent, de Lévi et Lemierre, de Lesieur et Mahaut, pour ne citer que les principales, montrent la fréquence de la bactériurie éberthienne et perfectionnent la technique destinée à la mettre en évidence. On l'observerait dans le quart et même dans le tiers des cas (Neufeld in Kolle et Wassermann) dans dix-neuf pour cent des cas d'après M. Vincent ; enfin dans son excellente thèse notre camarade M. Mahaut élève le pourcentage à trente-huit pour cent. L'apparition du bacille dans les urines serait plus tardive que dans les selles, d'après M. Vincent, elle se produirait du onzième au dix-septième jour ; mais ce qui dans la bactériurie typhique intéresse surtout l'épidémiologiste, c'est sa longue persistance même après la convalescence ; nous aurons l'occasion de revenir sur ce point à propos des porteurs chroniques de bacilles.

Une troisième mode d'émission par le malade du bacille typhique, c'est l'expectoration. Les crachats sont généralement considérés comme un des vecteurs peu importants du contage typhoïdique ; et cependant Alison, Juergensen, Banti estiment, au nom de l'épidémiologie, qu'ils peuvent transmettre la maladie et Seifert dans un Manuel de laryngologie récent mentionne deux observations rapportées à la Société de Laryngologie de Londres, dans lesquelles la contamination s'effectua par les crachats d'un typhique, atteint d'ulcérations du larynx ; mais il s'agit là d'observations en somme discutables et auxquelles manquait l'appoint d'une démonstration bactériologique. Or, celle-ci existe actuellement, grâce aux travaux de Stühlem, Edel, Dieudonné, Jehle, Glaser, Rathery, Richardson, Fritz Lévy, qui ont trouvé et identifié le bacille d'Eberth dans les crachats. La durée de sa constatation est d'ailleurs très variable ; il existe dans l'expectoration à la période des lésions de l'appareil respiratoire et Glaser l'a décelé en l'occurrence, pendant quatorze jours, Dieudonné l'a même trouvé après la disparition des symptômes morbides, après la convalescence, pendant sept semaines. En somme, si certains faits épidémiologiques et surtout cliniques semblent faire redouter la présence du bacille typhoïdique dans les produits d'expectoration, la bactériologie, bien que les recherches soient encore peu nombreuses sur ce sujet, confirme ces craintes, notamment, dans les travaux récents puisque le bacille a été isolé et identifié par une réaction spécifique, l'agglutination. Il paraît bien d'ailleurs que le bacille d'Eberth ne soit qu'exceptionnellement isolé dans les lésions pulmonaires et que le pneumocoque soit l'agent pathogène qui provoque la localisation dans le poumon du germe, auteur de l'infection générale typhoïdique. Il n'est pas sans intérêt d'ajouter ici que les voies digestives ou respiratoires supérieures constituent parfois une source de souillure spécifique des crachats et il nous suffira de citer à l'appui de ce dire les travaux de Schultz sur l'infiltration typhoïdique de l'épiglotte, de Devic et Fohanno sur les ulcérations de la gorge, de Benson, Capellari, Chantemesse, Besson, Bendix, Bikel, de Drigalski sur l'angine.

Une des acquisitions la plus intéressantes que nous aient fourni la recherche du bacille typhique dans les excreta réside incontestablement dans la notion des porteurs chroniques de bacilles ; les crachats sont à ce point de vue peu intéressants ; mais la question de la longue persistance du germe dans les urines et les matières fécales constitue un des chapitres les plus importants de l'épidémiologie de la dothiénentérie. Que les urines des individus ayant subi une atteinte de fièvre typhoïde puissent contenir le bacille d'Eberth pendant longtemps après la guérison apparente de la maladie, le fait ne peut être mis hors de doute actuellement. MM. Lévi et Lemierre dans leur communication à la séance du 6 décembre 1901 de la Société médicale des hôpitaux rapportent des faits empruntés à Curshmann, à Horton Smith, à Joung, de persistance du germe dans l'urine pendant plusieurs mois. Gwyn cite l'observation d'un homme qui l'a conservé pendant au moins cinq ans et Büsing relate le cas d'un sous-officier allemand du corps expéditionnaire de Chine dont les urines continrent pendant quatre mois après le début de la convalescence du bacille d'Eberth. Dœnitz, d'après de Drigalski l'aurait constaté pendant plus de neuf mois, Petruschky, Richardson ont également publié des faits de très longue persistance. Habert qui s'est placé sur le terrain pratique estime que d'une façon générale quatre semaines et souvent quinze jours après le début de la convalescence les urines ne contiennent plus de bacille typhique mais il s'agit là d'une règle qui souffre des exceptions, et il est remarquable que les urines des convalescents contiennent plus fréquemment le germe pathogène que les selles. En France, M. Vincent a vu chez deux malades la bactériurie éberthienne durer respectivement dix-neuf et trente-sept jours après la guérison, et M. Mahaut pense qu'en moyenne le bacille disparaît des urines dix à quinze jours après l'établissement de l'apyrexie. Ces données ont des conséquences qu'il faut retenir, elles montrent l'importance qu'il faut désormais attribuer à l'urine dans la transmission de la maladie, la nécessité qui s'impose de procéder à l'examen bactériologique des urines des typhiques avant de les rendre à la libre pratique, la possibilité de la contamination d'une collectivité saine par un ancien typhique porteur chronique de bacilles dans ses urines ; elles justifient les prescriptions allemandes de faire procéder à l'examen bactériologique des urines des soldats ayant eu autrefois la dothienentérie lorsque celles-ci ont été reconnues troubles par les médecins des corps de troupes.

Les porteurs chroniques de bacilles dans les selles ont paru tout d'abord peu fréquents. Herbert dans toutes ses recherches, sauf dans une, avait en effet constaté que lorsque le bacille existait dans les selles des convalescents, il existait aussi dans les urines, la réciproque n'étant d'ailleurs pas vraie. Sur quatre-vingt-dix-huit convalescents dont les matières furent examinées du huitième au quinzième jour après le début de l'apyrexie, il n'en avait trouvé en effet que trois qui eussent encore du bacille dans les fèces. Mais fait remarquable, chez l'un d'eux la persistance fut de six semaines, le malade qui avait eu une forme grave suivie de rechute eut sa convalescence, troublée notamment, par des atteintes de diarrhée. Le tableau de Drigalski que nous avons reproduit ci-dessus fait ressortir la persistance de bacilles dans les selles après trois mois et plus dans 4,7 %

des soixante-cinq cas examinés. L'auteur rapporte en outre l'avoir constaté pendant quatorze semaines et après neuf mois il l'a encore trouvé en abondance dans les féces d'un patient. Les perfectionnements de la technique, la plus grande fréquence des recherches effectuées dans les stations allemandes ont multiplié les exemples de ce genre et la notion « de porteur chronique de bacilles » dans les selles est actuellement classique en Allemagne. Kutscher lui a consacré un article récent dans la *Berliner klinische Wochenschrift* (1905 n° 82 page 1620) dont nous reproduisons ci-dessous les données essentielles. Les « porteurs chroniques de bacilles » sont des individus sains, qu'ils aient eu ou non antérieurement une fièvre typhoïde classique, fruste ou anormale. Le nombre de ceux qui auraient été décelés par sept des stations de recherches installées dans le sud-ouest de l'Allemagne jusqu'au 31 janvier 1905 ne serait pas inférieur à quatre-vingt dix-huit d'après Lentz. Le même auteur, dans ses recherches personnelles, a trouvé que quatre pour cent de ses examens concernaient des « porteurs chroniques de bacilles ». La persistance du bacille d'Eberth dans les selles a pu être constatée bactériologiquement pendant vingt-un mois et la dénomination de « porteur chronique de bacilles » est actuellement attribuée quand le germe n'a pas disparu dix semaines après la guérison d'une atteinte de fièvre typhoïde ou d'une récidive. Dans ces cas, les germes sont extrêmement abondants dans les féces, souvent en culture pure ; on a véritablement l'impression que l'Eberth a remplacé le coli dans les matières et il s'agit bien de véritables bacilles typhoïdiques, car ils ont été soumis aux différentes réactions biologiques et de culture nécessaires pour les identifier. Fait remarquable juqu'à maintenant, les femmes prédominent parmi les « porteurs chroniques de bacilles » sur vingt-deux. Lentz en a trouvé seize du sexe féminin. Le rôle joué par la vésicule biliaire dans cette persistance du bacille typhique dans les matières paraît s'établir de plus en plus : sur des cadavres de typhoïdiques, on l'a trouvée fréquemment habitée par le genre spécifique en culture pure. Celui-ci a été isolé des calculs biliaires provenant de personnes n'ayant jamais eu auparavant la fièvre typhoïde ; enfin Lentz, Forster et Kayser entre autres ont appelé l'attention sur les antécédents lithiasiques de certains « porteurs chroniques de bacille ».Expérimentalement ces auteurs, et presque simultanément Dœrr, ont montré que chez le lapin inoculé par voie sanguine, la vésicule biliaire était le dernier refuge du bacille typhique et celui-ci put y être retrouvé cent vingt jours après l'injection, alors qu'il avait disparu des autres organes. Il est donc vraisemblable qu'il existe des relations entre la persistance du bacille dans la vésicule biliaire et sa persistance dans les matières fécales, et Kayser et Forster expliquent précisément la prédominance des « porteurs chroniques de bacilles » parmi les femmes par la plus grande fréquence de la lithiase biliaire chez celles-ci ; ces faits et d'autres tout à fait récents semblent bien de quelque importance pour expliquer, au moins en un certain nombre de cas, le pouvoir agglutinant au sérum des ictériques.

Toutes les données précédentes convergent à notre sens vers les conclusions suivantes :

Le bacille d'Eberth est très répandu autour de nous, et son siège de prédilection, son siège presqu'exclusif est l'homme malade ou sain ; dès lors c'est ce dernier qui est l'agent propagateur de la fièvre typhoïde. Il ne peut donc être question de partisan absolu de l'origine hydrique ou de la doctrine contagionniste. L'eau souillée spécifiquement, est de tous le plus puissant facteur de dissémination ; mais il n'est et ne doit être considéré que comme un facteur, et à côté de lui il reste place pour la contagion d'homme à homme notamment et pour l'infection par les divers produits alimentaires, par le sol, les égouts, bref par tous les procédés qui pourront transporter le germe jusqu'à l'organisme réceptif.

La présence du bacille d'Eberth chez une multitude d'individus sains ou présentants une forme fruste ou anormale de dothienentérie nous explique à merveille l'apparition de poussées typhoïdes parmi des collectivités saines, au milieu desquelles pénètre un porteur méconnu de bacilles, sans que d'ailleurs, l'enquête étiologique puisse faire intervenir la souillure des milieux extérieurs. Elle nous explique que certaines épidémies sont précédées souvent de nombreux cas de diarrhée, de courbature, d'embarras gastrique fébriles sans qu'on soit obligé de recourir à des hypothèses comme l'autogenèse de la fièvre typhoïde ou la transformation du coli en Eberth.

Il est de bonne prophylaxie en matière de fièvre typhoïde, d'assurer aux collectivités une eau pure, un système parfait d'évacuation des matières usées, mais il faut reconnaître qu'il ne s'agit là que d'une prophylaxie purement défensive, et la prophylaxie idéale, la prophylaxie offensive consisterait à rechercher l'homme porteur du bacille, à lutter contre l'endémie plutôt que contre les épidémies, la première commandant les secondes. C'est là un mode actuellement en vigueur en Allemagne et dont les résultats méritent d'être surveillés par nous notamment, qui payons un si lourd tribut au fléau.

Cardiopathie, artériosclérose et néphrite, d'origine saturnine

par **J. Minet**, interne, et **M. Gérard**, externe des hôpitaux.

Observavion. — H.... Pierre, 55 ans, plombier, entre à la salle Ste-Catherine, lit n° 6, dans le service

de M., le professeur COMBEMALE, le 19 février 1906. Il vient à l'hôpital parce qu'il est essoufflé et qu'il a les jambes enflées.

Son père est mort vieux, d'affection inconnue ; sa mère est morte à l'âge de 46 ans, d'accidents de la ménopause : il a deux frères qui jouissent d'une bonne santé ; une sœur serait morte, à l'âge de 58 ans, de cardiopathie (?) ; quatre frères ou sœurs sont en bas âge. Sa femme est morte à l'âge de 50 ans, il ne sait pas de quelle affection. A l'âge de 2 mois, H..... a fait une variole bénigne, qui n'a guère laissé que quelques traces au visage. Depuis, il affirma formellement n'avoir eu aucune maladie ; il a travaillé 25 ans dans la même maison, et pendant ces 25 ans, il n'a pas eu une heure d'interruption de travail pour cause de maladie. Il nie énergiquement toute affection vénérienne ; on ne découvre d'ailleurs sur ses organes génitaux aucune cicatrice de chancre ; et par l'interrogatoire on ne trouve pas trace d'accidents secondaires (perte de cheveux, maux de tête, maux de gorge, roséole, etc.) Le malade nie également tout alcoolisme ; il boit peu de bière ; rarement du vin ; il ne prend même pas le petit verre du matin. Depuis l'âge de 24 ans, c'est-à-dire depuis 31 ans, il travaille dans le plomb ; son métier consiste à couler le plomb fondu dans des tuyaux de métal. Pendant tout ce temps, il n'a jamais eu la moindre colique, jamais de paralysies, jamais aucun des accidents fréquents du saturnisme. En fait de précautions, il se lavait soigneusement les mains et le visage avant de se mettre à table, à chaque repas ; il ne se lavait pas les dents, ne portait pas de masque.

Depuis cinq mois, le malade a commencé à s'apercevoir que ses forces diminuent progressivement. En même temps, il a remarqué que par moments, il a de la difficulté pour respirer, il a « l'haleine courte ». Pendant 4 mois cependant il a continué à travailler, avec des alternatives de mieux et de pis : il a cessé tout travail seulement depuis un mois, la gêne respiratoire s'accentuant de plus en plus. Il y a quinze jours ses jambes ont commencé à enfler : depuis quelques jours il crache des crachats sanglants.

A son entrée à l'hôpital, on trouve un homme très essoufflé, obligé pour pouvoir respirer de rester assis dans son lit, courbé en avant. Lorsqu'on lui demande de se lever, il doit rester appuyé pendant quelques minutes à la barre du lit, pour calmer sa dyspnée. La face est pâle, les conjonctives décolorées, les paupières inférieures légèrement œdématiées : la peau d'une façon générale est blême, donnant l'impression d'une anémie intense. Il n'y a pas de liseré gingival de BURTON, ni de taches plombiques à l'intérieur des joues. Les jambes sont très enflées, de même les cuisses (œdème dur et blanc). On trouve à la partie interne de la tête tibiale du côté gauche, une petite tuméfaction, dure, du volume d'une grosse noix, mobile sur les plans profonds, et qui, au dire du malade, s'est développée petit à petit : c'est sans doute un tophus, d'origine plombique, analogue aux tophi si fréquents dans la goutte. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, à part des crampes fréquentes dans les jambes ; il a de la polyurie et de la pollakiurie nocturne, pas de céphalée, ni d'autres accidents du petit brightisme.

Examen du malade. Poumon : crachats sanglants, rutilants, depuis quelques jours. A la percussion, matité au niveau de la partie moyenne et inférieure du poumon droit, en arrière et dans l'aisselle ; à la palpation, les vibrations sont exagérées dans la même région. A l'auscultation, on trouve dans l'aisselle droite, en un point très limité, un souffle expiratoire, très intense, véritable souffle tubaire, des râles fins tout à fait analogues à des crépitants, et de la bronchophonie ; il y a là un foyer d'infarctus tout récent. A la base droite, on retrouve de l'obscurité respiratoire, avec de nombreux sous-crépitants et de la bronchophonie : il s'agit ici d'un infarctus plus ancien déjà. Le poumon gauche est normal.

Cœur. — La matité cardiaque est très augmentée. La pointe bat dans le septième espace intercostal, sur la ligne mamelonnaire. Rien à la palpation. A l'auscultation, la pointe, pas de souffle ; mais on trouve un bruit de galop très net, se reproduisant d'une façon constante à toutes les pulsations. L'orifice aortique, qu'il faut ausculter dans la troisième espace intercostal, présente un double souffle, systolique et diastolique ; le souffle au deuxième temps est doux et voilé, et a bien les caractères du souffle de l'insuffisance aortique ; le souffle au premier temps est doux lui aussi, et ne ressemble en rien au souffle dur, râpeux, du rétrécissement aortique ; il ne se modifie pas dans les changements de position du malade ; mais il y a des périodes où on l'entend et d'autres où on ne l'entend plus ; il se transmet dans les gros vaisseaux du cou, c'est sans doute un souffle anémique. Aux orifices pulmonaire et tricuspide on ne trouve point de souffle ; on y entend le bruit de galop de la pointe. On sent l'aorte très dilatée battre dans le creux sus-sternal.

Artères. — Ce qui saute immédiatement aux yeux, dès que l'on déshabille le malade, c'est une véritable danse de toutes les artères, visible surtout au niveau de l'axillaire et de l'humérale, qui soulèvent les téguments d'une façon tout à fait remarquable. La temporale est sinueuse et dure ; de même la radiale. Le pouls est hypertendu à un degré extrême : c'est le pouls bondissant de CORRIGAN dans toute la force du terme ; il marque 36, au sphygmomanomètre de POTAIN. On observe le phénomène du pouls de TRAUBE (augmentation de la tension lorsqu'on élève le membre). On trouve, à l'auscultation de l'arcade palmaire, un claquement de Ziemsen très marqué. Le pouls capillaire s'observe très nettement : pouls de la luette, pouls unguéal, phénomène de la raie. A l'auscultation de la crurale, on n'entend pas le doppel-ton de TRAUBE, mais on perçoit, transmis par l'artère, le bruit de galop de la pointe. Enfin, le malade présente le signe de MUSSET.

Veines : rien d'intéressant à signaler : pas de pouls ni de faux pouls veineux.

Foie : le foie est gras, douloureux à la pression : il déborde les fausses côtes d'environ 2 centimètres. On n'observe pas de battements hépatiques.

Rate : non percutable.
Tube digestif : quatre ou cinq selles liquides tous les jours.
Urines : abondantes et claires ; 1 gramme d'albumine par litre. au tube d'Esbach.
Système nerveux et musculaire : pas de troubles de la sensibilité ; pas de paralysies, radiales ou autres ; pas de troubles trophiques.
Examen du sang : numération globulaire faite avec l'appareil de Hayem :

globules rouges	3.968.000
globules blancs	14.906

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	81
Polynucléaires éosinophiles	1
Lymphocytes (petits et moyens)	14
Grands mononucléaires	3

On met le malade au régime lacté et au repos au lit absolu ; on lui fait prendre 1 gramme de théobromine par jour. L'éréthisme cardiaque se calme peu à peu ; et 15 jours après son entrée à l'hôpital, la tension artérielle est redescendue à 23.

Cette observation nous a paru intéressante à signaler, en ce moment où la question du saturnisme est tout à fait à l'ordre du jour et passionne à la fois le public médical et extra-médical.

Notre malade en effet semble bien présenter à la fois du côté de son cœur, du côté de ses artères, du côté de son rein, des lésions qu'il faut bien mettre sur le compte d'une intoxication saturnine latente. Nous disons latente, car cette intoxication ne s'est manifestée par aucun de ses grands symptômes habituels : le malade n'a pas eu les coliques de plomb à grand fracas, il n'a pas eu les paralysies si fréquentes au cours du saturnisme, il n'a même pas le liseré gingival de Burton. Mais on sait que, pour être un saturnin profondément intoxiqué, il n'est pas nécessaire d'avoir présenté ces manifestations éclatantes de la maladie.

« Les étapes du saturnisme, écrit Letulle, n'ont » rien de régulier : si la colique y est commune, » l'anémie en est la loi inéluctable. » Et l'anémie est incontestable chez notre malade, anémie profonde, avec décoloration interne des conjonctive, et avec pâleur caractéristique des téguments. Le chiffre des hématies est descendu à 3.968.000 ; nous n'avons pas vu, dans plusieurs examens de sang successifs, de ces hématies à granulations basophiles qui, selon Sabrazès et Grawitz, seraient « si spéciales à l'intoxication saturnine qu'elles pourraient servir à en établir le diagnostic » ; mais nous avons trouvé une leucocytose assez intense (14.906 globules blancs) ; leucocytose caractérisée surtout par de la polynucléose ; et l'on sait que les diverses intoxications produisent de la leucocytose avec polynucléose ; que dans trois cas de coliques de plomb, rapportés par Besançon et Labbé dans leur récent *traité d'hématologie*, l'examen du sang a prouvé l'existence de cette leucocytose avec polynucléose. L'anémie de notre malade est donc bien de l'anémie d'origine saturnine. En outre, il a présenté des phénomènes de goutte saturnine chronique, comme en témoigne le tophus que l'on trouve au niveau de son genou.

Du côté du cœur, comme on a pu le voir à la lecture de l'observation, on trouve chez H... la lésion habituelle des saturnins, c'est-à-dire l'insuffisance aortique. Il y a bien, outre le souffle diastolique de l'orifice aortique, un autre souffle au même orifice, souffle systolique celui-là, que l'on pourrait être tenté de mettre sur le compte d'un rétrécissement concomitant. Mais étant donné les caractères de ce souffle, qui est doux, voilé, parfois inconstant, ne ressemblant en rien au souffle dur et râpeux du rétrécissement aortique, il y a tout lieu de croire que l'on a en réalité affaire à un souffle d'origine anémique, identique à celui que l'on entend au niveau des gros vaisseaux du cou.

Du côté des vaisseaux, l'artériosclérose est évidente : l'aorte est dilatée ; la radiale est sinueuse et dure, donnant la sensation d'un « tuyau de pipe » ; la temporale décrit des courbes caractéristiques.

Du côté du rein, enfin, la néphrite n'est pas moins évidente : polyurie, pollakiurie nocturne, œdème des membres inférieurs, bruit de galop au cœur, albuminurie montant à 1 gramme par litre, suffisent abondamment à en démontrer l'existence.

Voilà donc un malade qui présente à la fois une cardiopathie (insuffisance aortique), de l'artériosclérose, et du mal de Bright. Or, que trouvons-nous dans ses antécédents qui puisse expliquer ces lésions ? Rien, absolument rien, sinon l'intoxication saturnine. Il a bien eu, vers l'âge de deux ou trois mois, une variole, mais elle fut légère, elle n'a laissé que des traces à peine perceptibles, et il est difficile de mettre sur le compte d'une affection aussi éloignée dans le temps tout le tableau pathologique qu'offre actuellement le malade. Il nie la syphilis, il nie toute affection vénérienne ; et nous croyons qu'il faut ajouter foi à sa

parole : c'est un homme qui se sent fortement atteint, qui veut s'améliorer autant que possible, et qui fait tout ce qui est en son pouvoir pour éclairer nos recherches ; il est vrai que, selon l'expression de Fournier, en matière de syphilis il ne faut jamais rien nier, et que l'on peut très bien avoir eu la vérole sans le savoir ; néanmoins, H... n'a jamais présenté aucun des accidents secondaires qui mettent souvent sur la voie du diagnostic, alors que le chancre est ou dissimulé ou inconnu du malade ; et à moins de voir de la vérole à l'origine de toutes les maladies, il faut bien admettre que chez H... toutes les probabilités sont pour la négative.

H... n'a jamais présenté aucune autre maladie, absolument aucune : il a travaillé 25 ans dans la même maison, et durant ces 25 ans, il n'a pas une journée d'interruption de travail. Enfin, ce n'est pas un alcoolique ; il ne boit que de la bière, en quantité modérée ; il ne prend même pas le petit verre du matin, habitude si fréquente dans la région du Nord.

Tout bien considéré, une étiologie reste, une seule qui puisse expliquer les phénomènes morbides observés chez H... : le saturnisme. C'est l'intoxication plombique qui a fait de lui un artérioscléreux avant l'âge ; c'est l'intoxication plombique qui a fait de lui un cardiaque, actuellement en hyposystolie, et s'acheminant vers l'asystolie finale inévitable ; c'est l'intoxication plombique qui a fait de lui un brightique.

Nous n'avons pas l'intention de discuter ici la question de savoir si la maladie a commencé par le cœur, par les artères ou par le rein ; pour se livrer utilement à cette discussion, il faudrait avoir en main ses organes, en particulier son rein, et en connaître exactement la lésion. Nous rappellerons simplement que, selon l'opinion jusqu'à présent classique, basée sur les observations expérimentales de Charcot et Gombault, et sur les recherches cliniques de Cornil et Brault, le rein des saturnins est primitivement atteint dans son élément glandulaire et les modifications de la trame conjonctive et du système vasculaire sont secondaires à cet élément primitif ; toutefois, Paviot (thèse Lyon, 1895) arrive à cette conclusion, que les néphrites chez les saturnins n'ont pas de localisation spéciale, et que, s'il existe des néphrites chez les intoxiqués du plomb, ces néphrites sont des néphrites vulgaires, ne présentant aucun caractère spécial, et ressemblant en tous points aux néphrites observées au cours des autres intoxications. Nous rappellerons aussi que l'artériosclérose, si fréquente chez les saturnins, et excessivement marquée chez notre malade, peut très bien avoir pour conséquence une néphrite d'origine artérielle.

Nous ne nous attarderons donc pas à discuter s'il s'agit de néphrite saturnine ou de néphrite chez un saturnin ; si l'insuffisance aortique est primitive, ou si, ce qui est vraisemblable, c'est une insuffisance d'origine artérielle, due à la dilatation constatée chez notre malade, de la portion originelle de l'aorte, dilatation habituelle dans l'artériosclérose et l'athérome artériel. Nous nous bornerons, pour terminer, à faire remarquer combien sombre s'annonce le pronostic chez notre malade. Avec les lésions constituées qu'il présente à l'heure actuelle, il s'achemine fatalement vers la mort. Quel en sera le délai ? On ne pourrait le dire de façon précise : il peut mourir subitement aujourd'hui ou demain ; il peut vivre, et de quelle vie ? quelques mois encore, une année peut-être. Déjà il vient d'avoir une crise cardiaque, crise grave, avec manifestations pulmonaires, dont le repos et le régime lacté absolu n'ont eu raison qu'à grand peine. Il est exposé à voir se reproduire les mêmes accidents demain, dans huit jours, dans un mois ; et quelque traitement qu'il suive, quelque rigueur qu'il mette dans son régime alimentaire et dans son hygiène générale, il n'en aboutira pas moins un jour à la défaillance cardiaque terminale.

Il ne se lavait peut-être pas les dents lorsqu'il avait manipulé du plomb toute une journée ; nous gardons cependant l'indéracinable impression que sans le plomb il ne serait pas ce qu'il est maintenant, un homme voué à la mort dans un délai peu éloigné ; et que le plomb seul aura été la cause de cette mort.

Addendum. — Le travail ci-dessus était rédigé et composé quand le malade mourut subitement, un matin, à six heures, en descendant de son lit pour se rendre aux cabinets.

L'autopsie a révélé les lésions suivantes, que la clinique ne faisait que trop prévoir :

Poumon — Foyers d'infarctus déjà anciens, dans les lobes moyen et inférieur du poumon droit. Rien du côté gauche.

Cœur.— Enorme, c'est le cœur de Traube, le cœur de bœuf, avec un ventricule gauche à cavité très agrandie et à parois fortement hypertrophiées. L'orifice aortique, à l'épreuve de l'eau, présente une insuffisance manifeste ; son calibre ne semble pas rétréci. Rien aux autres orifices.

Artères. — La crosse de l'aorte est considérable-

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PHOSPHOTAL
Phosphite neutre de Créosote.

Capsules Clin

à Enveloppe mince de Gluten
20 centigr. Phosphotal par Capsule. 4 à 12 par jour.

L'Enrobage au Gluten des **CAPSULES CLIN au PHOSPHOTAL** assure la dissolution du principe actif dans l'intestin et **conserve l'intégrité de l'estomac.**

Emulsion Clin

50 centigr. Phosphotal par cuillerée à café.
2 à 6 cuillerées par jour dans 1/2 verre de lait.
Se prend également en lavements.

GAÏACOPHOSPHAL
Phosphite neutre de Gaïacol.

Capsules Clin

à Enveloppe mince de Gluten
15 centigr. de Gaïacophosphal par Capsule. 2 à 6 par jour

Solution Clin

10 centigr. de Gaïacophosphal par cuillerée à café.
1 à 3 cuillerées par jour dans 1/2 verre de lait.
Se prend également en lavements.

AVANTAGES : **Absence de Causticité. — Tolérance et Assimilation parfaites. — Richesse en Créosote (90 et 92 °/。) et en Phosphore (9 et 7 °/。). — Suppression de la Toux et des Sueurs. — Augmentation de l'Appétit.**

CLIN & Cie, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. 673

KÉPHIR SALIÈRES

LAIT DIASTASÉ, MOUSSEUX
Riche en ferments digestifs sélectionnés

Préparé par M. SALIÈRES, Ingénieur-Agronome, avec des
LEVURES PURES DE KÉPHIR
sur les indications de son ancien Profr M. **DUCLAUX**, *Dr de l'Institut Pasteur.*

Le **"KÉPHIR SALIÈRES"** *est le seul d'une conservation garantie de 4 à 5 semaines au moins.*

ENFANTS : 1 FLACON / ADULTES : 1 à 3 FLACONS } par jour, peu et souvent.

Le **"KÉPHIR SALIÈRES"** *permet la* **Suralimentation** *(Tuberculose, Cancer, Convalescence); obvie à l'***Intolérance de l'Estomac** *(Vomissement); supplée à son* **insuffisance** *(hypopepsie, cancer); combat les* **Fermentations gastro-intestinales nocives** *(diarrhées, entérites).*

FABRICATION : **LAITERIE SCIENTIFIQUE de PONTOISE**

DÉPÔT GÉNÉRAL à PARIS : **SOCIÉTÉ FRANÇAISE des PRODUITS PHARMACEUTIQUES**
MAISON ADRIAN, 9, Rue de la Perle.

Dépôt spécial à Lille : Pharmacie GUERMONPREZ, 28, rue Lepelletier

ment dilatée (la pièce, présentée à la Société de médecine du Nord, est conservée au musée d'hygiène de l'Institut Pasteur) ; la dilatation occupe toute la portion ascendante et descendante de la crosse, jusqu'à la terminaison de la portion descendante. Il y a des plaques d'athérome disséminées (voir pour une descrip- plus complète, les compte-rendus de la Société de médecine).

Reins.— Le rein gauche présente des lésions macroscopiques typiques de néphrite scléreuse ; le rein droit est à un stade moins avancé de l'évolution de la néphrite.

Rien à noter du côté du foie, de la rate ni du cerveau.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Une statistique allemande

L'*Annuaire de statistique de l'empire allemand* publie quelques chiffres fort intéressants sur la mortalité des nourrissons dans les principaux pays d'Europe. Ces chiffres montrent que sur 100 décès généraux, il meurt :

En Saxe 42 enfants de moins d'un an, en Bavière 38, dans l'empire allemand 34.5, en Prusse 33.9, en Autriche 31.8, en Hollande 27.4, en Italie 25.8, au Luxembourg 25.3, en Finlande 22.8, en Danemark 22.7, en Suisse 22, aux Etats-Unis 19 2, en Suède 17.4, en France 15.

En comptant sur 100 naissances, le nombre d'enfants qui atteignent leur première année, on arrive à des résultats un peu moins brillants pour la France, mais aussi moins sujets à discussion.

Sur 100 naissances, atteignent leur première année :

En Bavière 75 enfants, en Saxe 75.3, en Wurtemberg 77.8, en Autriche 79.1, dans l'empire allemand 79.6, en Prusse 80.6, en Italie 82.8, en Luxembourg 84.8, en Belgique 85.6, en Hollande 86.5, en France 86.5, en Suisse 86.8.

En Prusse il naît 120 enfants pendant qu'en France il n'en naît que 102, soit une différence de 18. A la fin de la première année, il reste en Prusse 121 enfants vivants contre 88.6 en France ; la différence n'est plus que de 36 ; elle a donc diminué d'un tiers.

Ces chiffres montrent une fois de plus que la dépopulation ne sera pas vaincue parce qu'on se mettra à avoir beaucoup d'enfants, mais elle le sera surtout parce qu'on développera l'hygiène de manière à en conserver en bonne santé le plus grand nombre possible.

ALCOOLIA

Extrait d'une statistique allemande sur l'alcoolisme

De 380 crimes et délits commis dans l'espace d'une semaine, une observation a donné la répartition suivante :

165, soit 43 p. 100, ont été commis le dimanche ;
68, soit 18,1 p. 100, ont été commis le lundi ;
62, soit 16,3 p. 100, ont été commis le samedi ;

Et 85, soit 22,6 p. 100, ont été commis pendant les quatre autres jours de la semaine.

Autre observation : Sur un total de 261 délits (coups et blessures), ont été relevés :

125, soit 47 p. 100, le dimanche ;
54, soit 20 p. 100, le lundi ;
20, soit 8 p. 100, le samedi ;

Et 63, soit 25 p. 100, pendant les quatre autres jours de la semaine.

A noter que sur ces 261 délits, 196, soit les trois quarts, furent commis dans des cafés ou auberges après six heures du soir, c'est-à-dire, incontestablement, sous l'influence de la boisson.

NOUVELLES & INFORMATIONS

NÉCROLOGIE

Le docteur Jules CASTIAUX, ancien interne des Hôpitaux de Paris, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lille, médecin expert des Tribunaux, Officier de l'Instruction publique, est mort lundi dernier, 2 juillet.

A mesure que l'on avance dans la vie on voit s'éclaircir les rangs de sa génération ; et, quand on touche au seuil de la vieillesse, il arrive que l'on demeure seul. La mort du docteur CASTIAUX amène pour moi cet isolement : avec lui disparaît le dernier de mes compagnons d'études.

Amis dès l'adolescence, nous avions presque ensemble commencé ici-même nos études de médecine, sous la direction d'un maître éminent, le regretté professeur PARISE, qui nous avait donné une orientation chirurgicale. Nous nous retrouvâmes dans l'Internat parisien, visant toujours le même but. CASTIAUX terminait son internat quand éclata la funeste guerre de 1870. Il s'enrôla dans une ambulance et fit toute la campagne. A Sedan et à Mouzon, où il séjourna de longs mois, puis à l'armée de Faidherbe, il eut l'occasion de soigner et d'opérer beaucoup de blessures de guerre.

A la paix il passa sa thèse et revint à Lille, au milieu des siens ; cherchant sa voie comme tout débutant, mais ayant toujours l'intention de cultiver particulièrement la chirurgie. Les hasards de la vie en décidèrent autrement.

Certaines relations qu'il avait dans le monde judiciaire firent qu'on le nomma expert dans une ou deux causes criminelles difficiles et obscures. CASTIAUX les étudia attentivement et avec une pénétrante sagacité parvint à en débrouiller le chaos. Ses rapports, lucides, sobres, précis,

complets, furent très remarqués du Parquet qui lui confia d'autres affaires. Il s'intéressa à la solution de ces problèmes complexes, de ces énigmes souvent tragiques ; la médecine légale l'attira et devint peu à peu son étude exclusive, pour laquelle il abandonna bientôt, non sans regret, la pratique médico-chirurgicale. Pendant un quart de siècle, il allait devenir chez nous l'expert attitré de la plupart des causes importantes où la médecine eut à intervenir ; et sa parole allait faire autorité dans tout le ressort judiciaire de notre région. En 1879, la jeune Faculté de Médecine de Lille (elle ne fonctionnait que depuis trois ans), venait de perdre son chargé de cours de Médecine légale. La spécialisation dans laquelle Castiaux, jusqu'alors chargé du cours de Chirurgie infantile, s'affirmait de jour en jour, le désignait pour cet enseignement où il fut titularisé dès 1880.

Très familiarisé avec toutes les méthodes d'investigation qu'utilise la médecine judiciaire, avec les recherches microscopiques et chimiques, avec la radiographie, — pour laquelle il se passionna et qui donna entre ses mains des résultats remarquables, — il examinait les faits qui lui étaient soumis avec un soin méticuleux, une recherche scrupuleuse de l'exactitude et de la vérité absolument exemplaires, n'épargnant jamais ni son temps ni sa peine.

Au cours d'une pratique de plus de trente années, il accumula une ample moisson de documents personnels singulièrement précieux et instructifs. Pourtant il publiait peu. Il avait produit, surtout à l'époque de ses débuts, quelques bons travaux. Depuis qu'il avançait en âge, il mettait une sorte de coquetterie à ne vouloir prendre la plume que pour écrire du tout à fait inédit. Que de fois, lorsque je l'engageais à faire connaître des faits ou des considérations dont il m'entretenait et qui me semblaient fort intéressants, que de fois il m'a répondu : à quoi bon répéter ce que d'autres ont déjà très bien dit ?

Mais, s'il écrivait peu, il communiquait largement aux élèves les fruits de son expérience en des exercices pratiques ou des leçons orales claires, solides, familières. Il cherchait à leur inculquer ses qualités d'attention, de méthode, de patience, de logique ; et surtout la suprême vertu du médecin légiste, la réserve prudente dans les conclusions : ne point ériger les probabilités en certitudes, n'affirmer que ce dont on est trois fois sûr, savoir rester dans le doute et avouer que l'on n'a pas de réponse ferme à telle question posée.

Dans son existence intime, Jules Castiaux était un cœur loyal et bon, une intelligence ouverte et vive, servie par une parole souvent pittoresque et originale, un caractère franc dont la robuste bonne humeur n'avait pas été entamée par les déceptions de la vie ou les tristesses familiales. Cette naturelle « gaieté d'esprit conficte en mépris des choses fortuites », comme dit notre vieux Rabelais, cachait même, chez Castiaux, un véritable stoïcisme qui se révéla durant l'atroce maladie dont il devait mourir.

Ce mal, dont les premiers symptômes insidieux commencèrent il y a deux ans à alarmer ses amis, prit au début de l'année dernière une allure envahissante qui obligea notre collègue à interrompre son enseignement et à cesser tout travail.

Une opération palliative, courageusement supportée, ne put que soulager le malade et ralentir la marche de l'affection. Pendant les six derniers mois de sa vie, qui furent un long martyre, il conserva jusqu'au bout, jusqu'à ces tout derniers jours, une résignation sans plaintes, une douceur calme, une cordialité touchante envers son entourage. Il n'y a pas une semaine il s'informait par geste, lui moribond, de la santé d'un ami qui le venait voir et qu'il savait souffrant.

Pleinement conscient de son état, il vit courageusement venir la mort, qui fut la fin, presque désirée, de douleurs cruelles. Il était âgé de 65 ans.

En lui s'éteint un type d'honnête homme, d'ami sûr, de médecin consciencieux, de confrère irréprochable.

Dr H. Folet.

Nous avons la satisfaction de donner ci-après à nos lecteurs la primeur du projet de décret relatif à l'institution d'un **Certificat d'études médicales supérieures**, que discutera et, vraisemblablement, adoptera dans la session qui s'ouvre le 16 juillet prochain le Conseil supérieur de l'instruction publique :

Article premier. — Il est institué un certificat d'études médicales supérieures.

Art. 2. — Ce certificat est délivré par le Ministre de l'instruction publique à la suite d'un examen public subi devant un jury spécial dont les membres sont nommés par arrêté ministériel.

Art. 3. — Nul n'est admis à se présenter à cet examen s'il n'est pourvu du grade de docteur en médecine.

Art. 4. — L'examen comprend : 1° Une composition d'anatomie, d'histologie et de physiologie. Quatre heures sont accordées pour cette composition qui a lieu dans une salle fermée. 2° Un exposé oral d'une demi-heure au maximum sur une question de pathologie générale fait après trois heures de préparation dans une salle fermée. Pour la composition et pour la préparation de l'exposé oral, les candidats ne doivent s'aider d'aucune note, d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. La surveillance est organisée par le président du jury. 3° Une épreuve pratique d'anatomie pathologique. Le jury détermine le temps accordé aux candidats pour la préparation de cette épreuve et pour l'exposé des résultats de leur travail.

Pour l'épreuve écrite, il est donné trois sujets entre

lesquels les candidats ont le droit de choisir. Chaque candidat, après avoir signé sa composition, la remet au président qui la vise. Les compositions sont lues par les candidats en séance publique, sous le contrôle d'un des juges.

Pour l'épreuve orale, chaque candidat tire au sort une enveloppe contenant trois sujets entre lesquels il a le droit de choisir. Le jury arrête tous les sujets des épreuves orales avant le commencement de ces épreuves.

Art. 4. — Les aspirants au certificat d'études médicales supérieures ne sont pas tenus de subir les trois épreuves dans la même session. Ils peuvent ne s'inscrire, à la même session, que pour une ou deux épreuves à leur choix. Le candidat admis à une épreuve conserve le bénéfice de son admission ; il peut en réclamer l'attestation au président du Jury. Le certificat n'est délivré qu'autant que le candidat a été déclaré admis pour chacune des trois épreuves.

Art. 6. — Chaque épreuve donne lieu à une note exprimée par un chiffre variant de 0 à 20. Pour être déclaré admis à une épreuve, le candidat ne doit pas avoir obtenu une note inférieure à 15. Le candidat qui aura obtenu pour une épreuve une note inférieure à 10 ne pourra pas subir de nouveau cette épreuve avant une année.

L'admission et l'ajournement sont prononcés après délibération du Jury.

Art. 7. — Le Jury est composé de neufs juges choisis par le Ministre de l'Instruction publique parmi les professeurs titulaires et honoraires, les agrégés des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie. Aucune Faculté ne peut être représentée dans le Jury par plus de quatre membres.

Art. 8. — Le jugement peut être valablement rendu par cinq juges. Après la session, le Président adresse au Ministre un rapport sur les résultats des examens.

Art. 9. — La première session s'ouvrira en octobre 1907. A partir du 1er janvier 1908, les sessions d'examens auront lieu deux fois par an. Un arrêté ministériel désigne la Faculté au siège de laquelle aura lieu chaque session. Les dates des sessions et les dates d'ouverture du registre d'inscription sont également fixées par arrêtés ministériels.

***

Le projet de décret ci-dessus a pour corollaire le projet d'arrêté suivant déterminant les **fonctions pour lesquelles, dans les Facultés de Médecine, sera exigé le Certificat d'études médicales supérieures**, que nous avons aussi le plaisir de faire connaître à nos lecteurs.

Art. 1. — Le Certificat d'études médicales supérieures est exigé des candidats : 1° Aux fonctions d'agrégé et de chargé de cours complémentaires dans les Facultés de Médecine et dans les Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie (section de Médecine) ; 2° Aux fonctions de chef des travaux dans les Facultés de Médecine et dans les Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie (sections de Médecine).

Art. 2. — Les docteurs en médecine, pourvus du certificat d'études médicales supérieures peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef de clinique dans les Facultés de Médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Ils sont nommés par le Recteur sur présentation du Doyen.

Art. 3. — Les dispositions prévues à l'art. 1er ne sont pas applicables aux chargés de cours complémentaires et aux chefs de travaux en fonctions à la date de la promulgation du décret portant institution du certificat d'études médicales supérieures.

UNIVERSITÉS

— *Ecole préparatoire de médecine de Rouen.* — M. le docteur HALIPRÉ, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours d'histologie, vacant par suite de la démission de M. le professeur LEUDET.

— *Ecole préparatoire de médecine de Tours.* — M. le docteur MEUNIER, professeur de pathologie interne, est nommé sur sa demande professeur de clinique médicale.

M. le docteur MERCIER, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé professeur de pathologie interne.

— *Ecole de plein exercice de médecine de Rennes.* — M. le docteur VÉRON, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, est nommé professeur de clinique obstétricale.

— *Ecole préparatoire de médecine de Grenoble.* — M. le docteur SALVA, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Iodothérapie physiologique (1)

L'Iode doit être considéré comme l'un des métalloïdes les plus essentiels à notre vitalité, et son emploi commande et domine actuellement la thérapeutique contemporaine, au point qu'il semblerait presque impossible, dans la pratique médicale, de traiter certaines maladies, si nous étions privés de son puissant concours. Vaso-dilatatrice, modificatrice chimique du sang et des humeurs, la médication iodo-iodurée *fouille*, comme l'a dit FONSSAGRIVES, tous les coins et recoins de l'organisme, entraînant dans ce tourbillon d'exosmose nutritive germes, virus et exsudats. L'Iode fait, d'ailleurs, partie intégrante du corps humain (ainsi que l'ont prouvé les analyses de GAUTIER et

(1) *Journal des Praticiens*, Paris, 26 mai 1906.

de Gley) ; c'est un élément constitutif du sang et des cellules organiques.

Il était donc intéressant de perfectionner dans la pratique cette médication iodo-iodurée, et d'en permettre l'administration régulière au malade sous la forme la plus active, sans amener les accidents désagréables, et parfois dangereux, de l'iodisme aigu ou chronique, occasionnés souvent par l'emploi de l'iode ou des iodures alcalins. C'était sous la forme physiologique que l'iode avait le plus de chance d'être toléré et assimilé, puisque c'est la forme qui se rapproche le plus de celle de l'iode contenu dans notre organisme. La découverte du Peptoniode, faite en 1896 par E. Galbrun, docteur en pharmacie, a véritablement réalisé ce progrès, poursuivi déjà depuis de nombreuses années.

Le Peptoniode, première combinaison parfaitement définie, directe, soluble et stable de l'Iode avec la Peptone, a le précieux avantage d'éviter au malade tous les phénomènes d'intolérance inhérents à l'Iode et aux Iodures, souvent impurs, dont il possède absolument toutes les propriétés curatives, avec un pouvoir que nos travaux sur son dosage et son emploi ont démontré vingt fois plus actif, à doses égales d'iode ingéré. Son action résolutive, fondante et altérante sur le système lymphatique, l'impulsion qu'il imprime à la phagocytose, sa valeur éliminatrice et rénovatrice sur l'histogenèse, son influence antiplastique et vaso-dilatatrice sont, aujourd'hui, démontrées par huit années d'observations cliniques. Il n'est pas décomposé par les sucs de l'estomac, et son emploi ne donne jamais lieu aux divers accidents d'iodisme, accidents produits tant par l'intolérance des voies digestives pour l'iode libre, que par les doses exagérées d'iode (76 %), qu'il faut introduire dans l'organisme pour obtenir une action thérapeutique avec les iodures alcalins.

Son affinité pour nos cellules vivantes, son assimilation et son élimination régulière, la facilité de son emploi, sous forme de gouttes concentrées et titrées (Iodalose Galbrun), en font la préparation iodothérapique de prédilection pour les praticiens. Son titrage même, pour en faciliter l'application, a été réglé de la façon suivante : cinq gouttes d'Iodalose contiennent un centigramme d'iode combiné ; vingt gouttes correspondent, comme action, à un gramme d'iodure alcalin, en raison de l'activité thérapeutique de l'iode physiologique, intégralement assimilé par l'organisme.

Résolutif et anti-scléreux, anti-obésique et anti-uricémique, vaso-dilatateur et décongestif par excellence, l'iode physiologique s'applique utilement à toutes les manifestations de l'arthritisme, et principalement aux affections chroniques des articulations, du cœur, des gros vaisseaux, du rein, etc. Il remplace aussi avantageusement l'iodure dans la cure de la syphilis, surtout dans les accidents tertiaires.

Le Peptoniode est particulièrement indiqué dans le rachitisme et les affections osseuses, les anémies graves, la leucémie, le lymphatisme, les adénopathies, l'asthme et les affections respiratoires rebelles, la dermatose constitutionnelle, etc. En résumé, l'iode physiologique, sous la forme d'Iodalose, possède tous les avantages de fidèle activité curative dévolus à l'iode et aux iodures, avec le privilège très important d'une tolérance constante, qui permet de l'ordonner aux enfants, aux dyspeptiques, aux femmes enceintes et aux nourrices.

BIBLIOGRAPHIE

Aide-memoire de chimie physiologique, par le professeur Schulté, traduit et annoté par le Docteur F.-X. Gouraud, *Chef du Laboratoire à l'Hôtel-Dieu.*

Ce petit livre n'est ni un traité ni un manuel ; l'auteur a voulu rassembler sous un petit format le plus grand nombre de notions possible. Le lecteur n'y apprendra la chimie biologique s'il ne la sait déjà ; mais il aura sous la main un livre peu encombrant où il trouvera facilement les renseignements dont il peut avoir besoin. La chimie physiologique a pris de nos jours une trop large place en médecine pour qu'on puisse maintenant la négliger.

La traduction de M. Gouraud se recommande à l'étudiant à la veille de ses examens, comme au chercheur peu familiarisé avec les réactions chimiques, comme au médecin qui veut pénétrer plus avant cette branche des études médicales.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 496. Dixième Année. N° 28 Le Numéro : **10** centimes 15 Juillet 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de la Charité

Gastro-entérostomie pour deux cas de rétrécissement du pylore, l'un néoplasique, l'autre cicatriciel.

Par le professeur **L. Dubar.**

Messieurs,

J'ai eu récemment l'occasion d'opérer devant vous un malade atteint de rétrécissement néoplasique du pylore. Vous avez pu constater les heureux résultats de cette opération qui consiste à aboucher l'intestin grêle à l'estomac, soit, en termes techniques, à faire une gastro-enréto-anastomose ou gastro-entérostomie. Il y a quelques mois, j'ai fait la même opération avec un succès complet chez un malade atteint de rétrécissement du pylore, mais d'un rétrécissement cicatriciel, qui avait succédé à l'ingestion d'un liquide corrosif.

Je vais vous rapporter ces deux observations, en insistant sur les points principaux de leur histoire clinique, et, partant de ces deux faits, vous exposer les divers symptômes physiques et fonctionnels qui accompagnent les sténoses pyloriques et permettent d'en établir le diagnostic. Après vous avoir signalé sommairement les diverses causes de ces sténoses, je terminerai par quelques mots sur leur traitement.

Notre premier malade, L... Pierre, est un homme de 52 ans. Dans ses antécédents héréditaires, nous notons que sa mère est morte à l'âge de 59 ans d'un épithélioma utérin après un an de maladie. Le reste de sa famille comprend son père, âgé de 83 ans, un frère et deux sœurs tous bien portants.

A part une pleurésie à l'âge de 12 ans, notre sujet n'a pas d'antécédents personnels morbides.

Il y a huit mois, le malade fut pris de douleurs abdominales et de diarrhée ; on crut à de l'entéro-colite, et l'on fit faire de grandes irrigations intestinales. Quatre mois après, survinrent des vomissements muqueux et alimentaires, se produisant surtout après les repas ; ces vomissements étaient sans douleurs. Les lavages de l'estomac ne les améliorèrent que passagèrement, et le malade parvint à les rendre plus

rares en diminuant son alimentation ; comme résultat de ces troubles et de l'insuffisance alimentaire le poids tomba de 130 livres à 97 livres.

A l'examen du malade, on est frappé par son amaigrissement et la pâleur un peu jaune de son teint. Si nous interrogeons L... Pierre, il se plaint de sensations de pesanteur à l'épigastre, surtout après avoir mangé, de renvois aigrelets fréquents, enfin de vomissements dans lesquels on reconnait des fragments d'aliments ingérés la veille. Ces vomissements ne sont d'ailleurs plus quotidiens comme auparavant, mais le malade se nourrit exclusivement de liquides et d'œufs. Il n'a pas de douleurs et n'a jamais eu d'hémorragies gastriques se révélant par des hématémèses ou du mœlena.

Pour examiner le malade, nous le faisons coucher, les épaules un peu élevées et les jambes légèrement fléchies, pour que la paroi abdominale soit en état de relâchement. A la simple inspection, l'abdomen paraît développé dans sa région péri-ombilicale et vers l'hypochondre gauche.

La percusssion nous montre que l'estomac est dilaté, tandis que la petite courbure gastrique est à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoide et à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, la grande courbure descend jusque deux travers de doigt au dessous de l'ombilic. Distendu par des gaz, l'estomac percuté rend un son tympanique ; par les secousses qu'on lui imprime, on détermine, à jeun, un bruit particulier : le clapotage dû au conflit des gaz et des liquides. Si on palpe brusquement on peut voir à travers la peau la production de contractions péristaltiques.

Aux limites de l'hypocondre et du flanc droit, on sent un petit noyau dur gros comme un œuf, les doigts le déplacent facilement et il fuit lorsque l'estomac se contracte. Le foie paraît normal, il ne dépasse pas les fausses côtes et, dans sa partie accessible au palper, on ne sent pas de nodosités. Il n'y a pas d'adénopathie sus-claviculaire.

Nous pouvons donc établir un diagnostic de sténose du pylore en nous basant sur les signes suivants :

1) L'existence de la stase alimentaire démontrée par les vomissements, dans lesquels le malade, à plusieurs reprises, a pu reconnaître des aliments ingérés depuis quelques jours stase mise de plus en évidence par l'extraction à jeun de 300 cc. de liquide résiduaire, liquide d'odeur nauséeuse due aux acides de fermentation acétique, lactique et butyrique.

2) La dilatation de la cavité stomacale, conséquence du séjour anormal des aliments et des gaz produits par les fermentations.

3) Le péristaltisme stomacal qui indique la lutte de l'estomac contre un obstacle à son évacuation.

4) L'amaigrissement du malade dû au passage en quantité insuffisante des aliments dans l'intestin.

Mais de quelle nature est cette sténose ? Il ne s'agit pas ici d'un simple rétrécissement cicatriciel consécutif à un ulcère guéri ou à d'anciennes lésions de péri-gastrite ayant enserré le pylore. Le malade n'a pas d'antécédents gastriques, douleurs, vomissements de sang, phénomènes péritonéaux. La tuméfaction bien limitée que nous sentons dans la région du pylore est néoplasique, l'amaigrissement rapide, le fait que la mère est morte de cancer utérin sont des signes de présomption auxquels s'ajoutent deux constatations d'une valeur diagnostique plus grande, l'absence de leucocytose digestive et l'absence d'acide chlorydrique libre dans le repas d'épreuve (60 grammes de paim et 300 c.c. de thé) retiré après une heure de séjour dans l'estomac.

Le 22 mars 1905, j'ai pratiqué une laparotomie et en explorant la cavité abdominale vers l'hypocondre droit, j'ai senti au niveau du pylore, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, dure et squirrheuse accompagnée d'indurations occupant le hile du foie. J'ai fait alors une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à deux étages de suture, opération imaginée par Von Hacker et qui consiste à aboucher la première anse du jéjunum à la face postérieure de l'estomac en passant au travers du mésocolon transverse.

Les suites ont été normales ; les aliments passant facilement par l'orifice ainsi créé, les selles sont devenues abondantes, de temps en temps un peu trop fréquentes et diarrhéiques. L'opéré qui a bon appétit a besoin d'être rationné, le plaisir de digérer facilement ses aliments et la joie de sentir ses forces renaître l'incitant parfois à manger en quantité excessive. Son poids s'est du reste relevé, le malade pesait à sa sortie le 30 avril, 110 livres.

Notre second malade est un serrurier de 28 ans. Sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés, il avait toujours eu une bonne santé, quand, le 12 mai 1904, il avala pour se suicider un verre à vin d'acide sulfurique. Il ressentit une sensation de brûlure le long des premières voies digestives, qui disparut après administration d'un contre-poison qui fut absorbé dix minutes après la tentative de suicide.

Pendant les trois jours suivants, le malade ne prit que de petits morceaux de glace, puis il recommença à prendre des boissons et enfin des aliments solides. Ceux-ci passèrent bien pendant huit jours, mais bientôt le malade commença à vomir ce qu'il avalait.

A son entrée à l'hôpital, le 12 juillet 1904, on constate un amaigrissement extrême. Le malade qui est de petite taille pesait autrefois 58 kilogrammes ; le 13 juillet, il n'en pèse que 38 kilogrammes ½, soit en deux mois un amaigrissement de 41 livres. Les vomissements se produisent en général 10 heures après le repas, avec des écarts de trois heures pour le minimum et 27 heures pour le maximum de tolérance gastrique.

L'examen physique permet de constater que contrairement à ce qu'on pouvait attendre, l'œsophage est bien perméable. Une sonde à bout olivaire passe seulement avec un très léger ressaut au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage,

du reste, le malade n'accuse aucun trouble de la déglutition. L'estomac est peu dilaté, mais il contient après un jeûne de douze heures, un litre et demi de liquide résiduaire dont l'analyse faite par M. Dehon donne les résultats suivants :

Couleur brunâtre ; odeur franchement acétique. Filtration rapide ; la partie filtrée liquide assez fluide ne contient que peu de mucus. La partie solide est formée par du mucus congloméré formant un dépôt peu abondant.

Analyse chimique. — Réaction au tournesol ; acide. Réaction de Gunsburg : négative.

Acidité totale	0,181
Chlore total	0,321
Chlore libre	0,000
Chlore combiné	0,199
Chlore fixe	0,122

Rapport du chlore total au chlore fixe : 2,6.

Acides organiques de fermentation : Acide lactique en quantité considérable ; acide acétique en quantité notable ; pas d'acide butyrique.

Substances amylacées et albuminoïdes : Réactif d'Esbach : louche ; Biuret : violacé ; Gram : mauve.

Recherche de la bile négative. L'examen spectroscopique révèle l'existence d'hémoglobine réduite dans le liquide examiné.

Le malade est opéré le 13 juillet 1904. Après incision de l'abdomen, je constate l'existence d'adhérences qui fixent solidement l'estomac en avant, en arrière et à droite, une entre autres fixe le pylore au foie. Le pylore n'a que le volume du petit doigt ; il adhère au colon et à l'épiploon. Je pratique la même gastroentérostomie par le procédé de Van Hacker. Les suites opératoires se déroulèrent sans incidents. Ce qui fut tout à fait remarquable chez l'opéré, c'est la transformation rapide de son état général. Doué d'un grand appétit, digérant facilement tout ce qui se présentait, il augmenta de poids d'une manière continue, au point que vingt jours après l'opération, il avait gagné quinze livres. Le malade est sorti de notre service, nous remerciant vivement et jurant bien de ne jamais recommencer sa dangereuse tentative.

Etudions maintenant d'un peu plus près les signes des sténoses du pylore. Nous laisserons de côté les troubles dyspeptiques plus ou moins accusés du début ainsi que le retentissement que la gêne des fonctions gastriques exerce sur les autres fonctions de l'organisme et nous nous en tiendrons pour le moment aux signes physiques qui constituent le syndrome de la sténose du pylore. C'est l'existence de ces signes constatés d'une manière permanente qui devient pour nous l'indication justifiée d'une intervention opératoire.

Ces signes mettent en évidence deux faits étroitements liés l'un à l'autre :

1) L'existence habituelle d'une stase gastrique ;

2) **La dilatation de l'estomac.**

Tout individu, dit Hayem, qui présente dans l'estomac d'une façon non passagère, mais durable après le jeûne de la nuit un liquide résiduel souillé de débris alimentaires reconnaissables, est atteint de sténose pylorique. Telle se définit la stase gastrique.

Pour ce qui concerne la dilatation, elle est plus ou moins accusée et porte surtout sur la région prépylorique ou antre pylorique. Si l'on envisage la topographie gastrique au seul point de vue de l'exploration clinique, on peut lui considérer deux portions, l'une est cachée sous les côtes et le foie, l'autre au contraire, accessible à nos moyens d'investigation à sa partie déclive avoisinant le pylore tangente à un plan passant par les neuvième ou dixième côte à l'état de jeûne (Terrier et Hartmann, Luschka, Jonnesco) et peut atteindre une ligne allant de la onzième côte à l'ombilic quand l'estomac est rempli ou insufflé.

S'il existe une sténose du pylore la limite inférieure de l'estomac descend au-dessous de l'ombilic en se rapprochant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. C'est dans cette partie inférieure prépylorique que s'accumulent les liquides de stase que l'estomac ne peut plus faire passer au travers du pylore.

Etudions donc maintenant comment nous pouvons déceler ces deux faits : stase et dilatation et nous verrons ensuite comment ils retentissent sur les fonctions de l'estomac et sur les autres fonctions de l'organisme.

Inspection. — Le malade est couché sur le dos ; un oreiller soulève les épaules, les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin en sorte que la paroi abdominale soit relâchée. On peut parfois apercevoir une voussure allant de l'épigastre ou du voisinage de l'ombilic à l'hypochondre droit. Un autre phénomène mis en évidence par la seule inspection est l'agitation péristaltique ou ondulation épigastrique de Kussmaul. Tantôt spontanément, tantôt sous l'influence d'une légère percussion, on voit se dessiner sous la peau une tuméfaction globulaire qui se déplace par une sorte d'onde allant de l'épigastre vers l'hypochondre droit. Ces phénomènes peuvent se répéter plusieurs fois et se terminer par un vomissement. On voit ainsi l'estomac se contracter sous la peau pour lutter contre l'obstacle pylorique.

Insufflation. — On introduit la sonde dans l'estomac et l'on souffle de l'air, à l'aide de la double poire du thermocautère, ou si l'introduction de la sonde est trop pénible, on fait prendre au malade une potion de Rivière qui dégagera de l'acide carbonique dans l'estomac. Si le malade évite de faire de renvois, les gaz distendent les parois gastriques et la voussure produite par l'organe distendu devient très nettement apparente. Chez certains malades cette insufflation se produit même spontanément par les gaz résultant des fermentations des résidus alimentaires en stagnation.

Percussion. — La percussion permettra de délimiter les limites supérieure et inférieure de l'estomac et de les com-

parer aux limites normales que nous avons indiquées plus haut. L'insufflation préalable de l'estomac en augmentant son tympanisme favorise cette percussion et permet de se rendre rendre plus facilement compte de l'état de dilatation, de la ptose qui peut exister avec elle. Enfin la facilité avec laquelle l'organe s'est laissé distendre donne des indications utiles sur la conservation de la contractilité de l'estomac.

Palpation. — La palpation permet de percevoir les tumeurs ou indurations qui peuvent siéger dans la région pylorique ou sur la grande courbure. Pratiquée un peu brusquement, elle met en jeu les contractions péristaltiques ; enfin, si de la main gauche on refoule l'estomac vers l'hypochondre gauche, la palpation saccadée avec la pulpe des doigts de la main droite détermine un bruit de clapotage s'il y a du liquide dans l'estomac. Si l'on se souvient que l'estomac doit être vide deux heures après ingestion de liquides et sept à à huit heures après un repas ordinaire, tout malade chez qui on trouve du clapotage le matin à jeun, soit douze heures après le repas de la veille au soir, a de la stase. Le clapotage est produit par le conflit entre les gaz et les liquides.

Cathétérisme évacuateur. — L'étude du liquide de stase au point de vue de la quantité et de la qualité peut donner de précieux renseignements. Plusieurs procédés peuvent être employés pour l'extraction du liquide résiduel. On peut le retirer avec un tube de Faucher que l'on monte sur un flacon à deux tubulures, à la seconde tubulure duquel on adapte la pompe aspirante de Potain. L'extraction par expression de l'estomac ou en faisant tousser le malade pour amorcer le siphonage par le tube de Faucher n'est utilisable que si le liquide résiduaire est abondant et peu chargé de mucus qui le rend peu fluide. Le meilleur appareil est incontestablement le tube de Frémont qui est pourvu d'une poire de caoutchouc pour faire l'aspiration des liquides gastriques.

La quantité retirée le matin à jeun donne la mesure de la stase. Dans la partie solide recueillie par filtration du liquide résiduel on peut retrouver certains aliments caractéristiques ingérés parfois plusieurs jours auparavant, par exemple des carottes, des pellicules de raisin, de groseilles, etc.

Le sang, plus ou moins altéré se révèle dans le liquide résiduel par une coloration brune noirâtre qui peut faire soupçonner un néoplasme.

L'odeur du liquide peut déceler des fermentations dues à certains microbes. C'est ainsi que dans les cas de diminution de la sécrétion chlorhydropeptique, la fermentation butyrique est intense et se traduit par un odeur de beurre rance ; dans le cas de persistance ou exagération de la sécrétion peptique, on aura une forte odeurd'acide acétique, parfois même on aura une forte odeur de putréfaction.

Il est très utile de faire l'examen du chimisme gastrique dans les sténoses gastriques. En plus de l'analyse du liquide résiduel, on fait celle d'un repas d'épreuve. Le repas doit être précédé d'une évacuation totale et d'un lavage de l'estomac pratiqué une demi-heure avant (Mathieu). La plupart des cliniciens français emploient le repas d'Ewald : 60 grammes de pain et 250 cc. de thé léger. Bourget, de Lausanne, préconise un repos qui se rapproche plus de l'alimentation habituelle. L'extraction se fait habituellement au bout de 60 minutes, mais dans certains cas, il peut être utile de faire des prélèvements en série, par exemple au bout de 30, 45, 60 et 90 minutes. D'après Hayem, quand le liquide résiduel est hypopeptique, on peut affirmer l'obstacle.

Symptômes fonctionnels. — Les principaux symptômes fonctionnels sont la douleur et les vomissements.

La douleur est fréquente, elle apparaît trois à quatre heures après l'ingestion alimentaire. Elle affecte la forme de véritables coliques ou de crampes très violentes se calmant quand le malade a vomi et que la lutte de l'estomac contre l'obstacle a cessé. Plus tard, elles deviennent plus espacées et irrégulières.

Au début, on peut noter seulement des phénomènes d'embarras gastrique : langue sale, bouche pâteuse, pyrosis, puis des vomissements surviennent d'abord irréguliers, ensuite se reproduisant toutes les 24 à 48 heures. Quand plus tard l'estomac est dilaté, ils s'espacent, l'estomac ne rejette plus que son trop-plein avec ou sans crises gastriques douloureuses.

Troubles à distance. — Les sténoses pyloriques s'accompagnent de troubles à distance. Ce sont du côté de l'intestin des périodes de diarrhée alternant avec de la constipation ; du côté du système nerveux des insomnies, une sensibilité particulière au froid, de l'hypochondrie, de la neurasthénie, des vertiges, de la céphalée. Ces troubles sont parfois remarquablement graves et caractérisés par de la tétanie et du coma. La tétanie est souvent mortelle, elle consiste en accès de contractures douloureuses portant sur les extrémités ; la main est serrée, les doigts rapprochés et étendus, les pieds se mettent en extension avec flexion des orteils. Ces contractures se généralisent, atteignent la face, le cou, le tronc, les muscles respiratoires et laryngés. Le coma consiste en une dyspnée intense accompagnée d'une somnolence aboutissant à la mort. D'après Bouchard, ces troubles graves seraient la résultante d'une auto-intoxication par les poisons gastriques produits par la viciation du chimisme stomacal.

Les troubles respiratoires consistent en toux, dyspnée, asthme, broncho-pneumonie et prédisposition à contracter la tuberculose pulmonaire. Comme troubles cardiaques, on peut observer les intermittences, des crises de fausse angine de poitrine, parfois de l'asystolie.

Les urines sont rares et leur faible quantité est proportionnelle à l'inanition et aux vomissements.

Diagnostic. — Les éléments du diagnostic de la sténose pylorique sont :

1 La constatation de la stase douze heures après le repas au moyen du cathétérisme qui ramène un liquide résiduel riche en débris alimentaires reconnaissables à l'œil nu.

2) Les contractions péristaltiques de l'estomac.

3) Les crises de douleurs apparaissant trois à quatre heures après le repas.

4) Le grand vomissement alimentaire se produisant toutes les vingt-quatre heures ou tous les deux ou trois jours.

5) La constatation de la dilatation de l'estomac.

C'est l'ensemble de ces phénomènes qui constitue le syndrome des sténoses pyloriques. L'étude des commémoratifs et l'examen du malade permettra de déterminer la cause étiologique de la sténose constatée.

Etiologie. — La sténose pylorique peut en effet être la résultante de diverses affections dont les principales sont :

1) Le cancer ;

2) L'ulcère et les cicatrices qui suivent sa guérison ;

3) Les cicatrices après l'ingestion de substances caustiques;

4) Les corps étrangers ;

5) Les compressions du pylore par des tumeurs ou par des brides ;

6) Enfin, quelquefois, les traumatismes.

Nos deux observations sont des exemples de sténose par cancer et par rétrécissement cicatriciel.

Traitement. — Quand une sténose du pylore est nettement établie, quelle conduite doit-on tenir ?

Il est des cas où le traitement chirurgical s'impose évidemment immédiatement. Tel était le cas de notre deuxième observation. Là, le diagnostic étiologique était indiscutable et on ne pouvait rien espérer que d'une intervention armée.

Mais habituellement, l'affection causale reste plus ou moins longtemps indécise, malgré tout l'intérêt qu'il y aurait à la reconnaître de bonne heure pour espérer agir plus efficacement. D'autre part le traitement médical améliore ou guérit nombre d'affections de l'estomac particulièrement chez lse nerveux, les neurasthéniques, les intoxiqués pour lesquels il n'y a pas lieu de recourir à une intervention.

Aussi pendant une période plus ou moins longue le traitement médical est essayé et ce n'est que quand il a épuisé tous ses moyens sans résultat que le malade est confié ou s'adresse de lui-même au chirurgien. Voilà pourquoi le plus souvent celui-ci à l'ouverture du ventre se trouve en présence de lésions ordinairement trop étendues pour lui permettre de pratiquer l'ablation de l'affection qui a causé la sténose ; le cancer du pylore a gagné le voisinage et les ganglions du hile du foie ; l'ulcère a provoqué des adhérences qu'il est impossible ou dangereux de détruire, etc. Ce ne sera donc qu'assez rarement qu'une pylorectomie ou pyloroplastie pourront être entreprises dans de bonnes conditions.

Quant à la dilatation du pylore, elle ne s'adresse qu'au spasme de l'orifice et expose à des accidents graves dans le cas d'ulcères sténosants. Peut-être pourrait-elle être le plus souvent pratiquée chze des malades qui ont des crises gastriques avec rétention et vomissements sans ulcération de l'orifice pylorique. J'ai eu pour ma part recours à cette opération chez un tabétique atteint de crises gastriques intolérables. L'opération de Loreta amena immédiatement la cessation des crises et le rétablissement de l'alimentation.

Dans les faits qui nous occupent, sténose vraie du pylore, nous serons donc conduits ne pouvant supprimer l'affection causale à tourner l'obstacle et à pratiquer une gastro-entérostomie. C'est d'ailleurs une opération excellente, dont le pourcentage de guérison opératoire va sans cesse s'améliorant à mesure que la technique se perfectionne. Les résultats éloignés sont merveilleux dans les rétrécissements cicatriciels et la plupart des ulcères de l'estomac. Ils sont encore très encourageants dans les cancers qu'on ne peut extirper radicalement. Pendant une période assez longue, ils donnent aux malades l'illusion de la guérison. Un de mes opérés a pu reprendre ses occupations sans souffrance pendant deux ans avant de succomber à une généralisation.

L'action des rayons de Roentgen sur la tuberculose cutanée expérimentale

par les docteurs

P. Vansteenberghe, chef des travaux à la Faculté de médecine et **P. Sonneville**, préparateur à la Faculté des sciences.

Depuis quelques années les rayons Roentgen ont été essayés très souvent dans le traitement du lupus et les nombreux cas de guérison que l'on a enregistrés ne permettent plus de mettre en doute leur efficacité. Les avantages particuliers des rayons X, leur pouvoir pénétrant, bien supérieur à celui de la lumière et réglable à volonté, la diminution du nombre des séances de traitement, leur durée plus courte les font préférer dans bien des cas aux rayons lumineux.

Cette application de plus en plus générale des rayons Roentgen au traitement de la tuberculose cutanée s'explique bien par les guérisons remarquables obtenues, mais ces résultats eux-mêmes n'ont pu être confirmés par l'expérimentation. On a en effet constaté que les rayons X son tsans action sur les bacilles tuberculeux in vitro, et d'autre part la tuberculose inoculée aux animaux est peu ou même fâcheusement influencée par la radiothérapie. C'est là la conclusion que l'on doit tirer des travaux parus sur cette question, travaux que nous allons résumer brièvement.

Un des premiers Mühsam en 1898 inocule à des cobayes des cultures tuberculeuses dans le péritoine, les articulations, puis il les soumet tous les jours pendant une heure à l'action des rayons Roentgen. Quelques-uns des animaux sont conservés comme témoins. L'auteur constate que tous les cobayes meurent de généralisation, ceux qui ont été traités quinze jours environ après

les témoins. Les accidents locaux semblent d'autre part légèrement atténués chez les cobayes traités.

La même année Rodet et Bertin-Sans voient que les rayons X influencent favorablement la tuberculose des ganglions lymphatiques. L'adénopathie au voisinage de l'inoculation retrocède, mais si la généralisation du processus infectieux n'est pas enrayée ; elle est même plutôt favorisée, car le traitement par les rayons X amène des troubles graves de la nutrition générale, des accidents médullaires qui déterminent la mort. De plus il est probable que la réaction ganglionnaire entravée par les rayons X laisse aux bacilles de Koch un passage plus facile.

Les expériences très nombreuses de Bergonié et Teissier ont conduit à des résultats tout à fait analogues. Les cobayes sont inoculés sous la peau, dans le péritoine, ou la plèvre, puis soumis aux rayons X soit immédiatement, soit lorsque les lésions sont devenues manifestes. Dans les deux cas, on constate que les lésions présentent le même aspect macroscopique, la même étendue, la même gravité, même quand les rayons X furent employés d'une façon préventive.

Toutes ces expériences, si l'on ne considérait qu'elles, seraient loin d'encourager à traiter la tuberculose humaine par les rayons X.

Cependant cette contradiction entre les résultats cliniques et les résultats expérimentaux peut s'expliquer si l'on compare les caractères des lésions tuberculeuses dans les deux cas. Le lupus de la peau est en effet une tuberculose très peu virulente, même pour les animaux, à évolution lente et sans tendance à la généralisation. Les lésions tendent au contraire à se cicatriser spontanément et n'évoluent généralement pas vers la caséification.

Tels ne sont pas les caractères des lésions tuberculeuses produites chez les animaux. Ici il se forme au point d'inoculation une gomme tuberculeuse qui se caséifie, s'ouvre à l'extérieur tandis que l'infection se propage par la voie lymphatique aux ganglions voisins pour finalement atteindre les viscères, et ceci rapidement.

Il était donc intéressant d'essayer de reproduire une tuberculose cutanée analogue au lupus, sans tendance à la généralisation, bien supportée par l'animal. Pour obtenir ce résultat, nous avons employé des cultures de tuberculose, peu virulentes, sur pomme de terre glycérinée, que l'on raclait et que l'on délayait ensuite dans du sérum physiologique. L'inoculation fut d'abord faite de la façon suivante : les animaux, cobayes et lapins, sont rasés sur un espace de quelques centimètres carrés, puis sur la peau ainsi mise à nu et entamée superficiellement par ce rasoir, on verse l'émulsion de bacilles tuberculeux.

Cette méthode, bien qu'essayée à plusieurs reprises et en variant les conditions, nous a donné de mauvais résultats : ou bien nos animaux mouraient rapidement de généralisation tuberculeuse sans faire de lésions locales ou bien ils ne présentaient aucun signe d'infection.

Nous avons alors renouvelé l'expérience en injectant cette fois au moyen d'une très fine aiguille une goutte de culture dans la partie la plus superficielle du derme. Chez le lapin l'inoculation dans le derme, après enlèvement des poils, se fait assez facilement. Le cobaye par contre se prête mal aux injections intradermiques. Les animaux ainsi inoculés présentent deux types de lésions.

Dans l'un des cas, au bout d'un mois, il apparut à chaque point d'inoculation une petite tumeur dure située dans la peau et mobile sur le plan profond. L'une d'elles fut enlevée pour être examinée et la réunion se fit par première intention. Puis l'animal fut à partir de ce jour soumis aux rayons X. Les séances au nombre de dix furent faites à raison de une par semaine. Chaque fois on fait absorber à la peau une quantité de rayons correspondant à la teinte neutre de Sabouraud, la pastille étant placée à 8 centimètres de l'antikathode et la peau traitée à 15 centimètres. Le tube employé était un tube grand modèle, à osmo-régulateur et à anticathode refroidie. La longueur d'étincelles équivalente était de 11 centimètres.

Pendant le cours du traitement les tumeurs, qui au début étaient très dures, se ramollirent de plus en plus, finirent par s'ouvrir à l'extérieur et laissèrent échapper un pus caséeux. Naturellement elles diminuèrent de volume et continuèrent à fournir du pus sans que les fistules aient une tendance à se fermer.

D'autre part sur la région inoculée les poils qui avaient été coupés au début de l'expérience ne repoussèrent pas, la peau prit une teinte brune de plus en plus accentuée. Vers les dernières séances, les poils de la région du dos, qui n'avait pas été protégé contre l'action des rayons X, commencèrent à perdre leur adhérence à la peau et à tomber au moindre effort. Enfin quatre mois après l'inoculation, et immédiatement après une dernière séance de radiothérapie, on sacrifia l'animal et on lui enleva ses tumeurs qui furent fixées aussitôt. Un autre lapin soumis à l'expérience, fut inoculé de chaque côté du dos, à trois endroits différents, toujours dans le derme. Le point d'inoculation, au lieu de se cicatriser, s'ulcéra rapidement. Sous cette plaie ulcéreuse la peau s'infiltra, et l'on pouvait y sentir une tumeur très plate, faisant corps avec le derme. Les lésions étaient absolument semblables de chaque côté.

Dix-huit jours après l'inoculation, au moment où l'on notait les symptômes décrits ci dessus, on commença à traiter par les rayons X le côté droit du corps. Le côté

gauche fut protégé par un écran de plomb. On fit huit séances suivant la même méthode que précédemment, puis l'animal fut sacrifié, les tumeurs traitées et non traitées furent fixées de suite.

Durant le traitement, on nota de légères différences d'aspect entre les lésions du côté droit et celles du côté gauche.

Celles du côté non traité semblèrent rétrocéder assez rapidement et évoluer vers la guérison, de sorte que au moment où l'animal fut tué on ne sentait plus aucun noyau tuberculeux, le point d'inoculation était guéri complètement.

Au contraire du côté traité existait un petit nodule induré, la peau était restée ulcérée et autour de l'ulcération l'épiderme se desquamait fortement. Il n'y avait ceci aucune pigmentation de la peau.

Quant à l'état général des animaux, il fut toujours excellent ; il n'y eut pas d'amaigrissement, pas de troubles de la nutrition ; à l'autopsie il n'y avait aucune trace de généralisation et pourtant l'inoculation avait été faite plusieurs mois auparavant.

Nous pouvons donc résumer ainsi les résultats cliniques obtenus, avant de passer à la description anatomo-pathologique. Les lésions provoquées sont toujours restées localisées dans la peau. Dans un des cas elles ont évolué comme des gommes tuberculeuses vers la caséification ; dans l'autre l'évolution a été plus lente, plus circonscrite, plus superficielle, avec caséification limitée au seul point d'inoculation. Elle a eu dès le début un caractère ulcéreux très marqué, puis les lésions eurent une marche nette vers la guérison, comme le lupus humain. Ces caractères, nous allons les retrouver dans l'étude histologique de ces néoplasies bacillaires.

La première tumeur enlevée avant tout traitement rappelait d'une façon parfaite les lésions de la gomme tuberculeuse de la peau. Sous un épiderme aminci se rencontrait une infiltration diffuse du derme avec follicules tuberculeux à tous les stades, depuis la granulation schématique (cellule géante, cellules épithélioïdes, cellules embryonnaires) jusqu'à l'énorme abcès caséifié en son centre qui indiquait le point d'inoculation de la culture.

Toutes les préparations renfermaient en abondance le bacille de Koch libre ou dans les cellules géantes, mais l'infiltration tuberculeuse se limitait au derme seul : le tissu cellulaire sous cutané était absolument sain.

Or, après quatre mois de traitement l'examen histologique nous montrait les lésions suivantes : l'épiderme est totalement atrophié, réduit en certains points à une seule couche de cellules malpighiennes ; les follicules pileux, les glandes sébacées ont disparu ; immédiatement en dessous de ce mince revêtement protecteur on trouve une énorme masse caséifiée remplie de bacilles et formée par la réunion de tous les follicules épars que nous signalions plus haut.

Le tissu cellulaire était encore intact ; la gomme tuberculeuse se trouvait séparée de la face profonde par un tissu fibreux adulte non infiltré.

Les lésions épidermiques que nous venons de décrire, ne semblent pas devoir être mises sur le compte de la bacillose envahissante : elles sont plutôt dues à une radiodermite intense provoquée par le traitement.

Nous avons en effet excisé un lambeau de peau saine soumis à l'action du tube de Crookes. Dans les coupes histologiques nous avons constaté l'hypertrophie de la couche cornée, soulevée en certains points et détachée du corps muqueux très réduit. Les cellules malpighiennes présentaient l'altération cavitaire, telle que l'a décrite Leloir. Les follicules pileux surtout montraient les altérations les plus manifestes ; les éléments du bulbe étaient aplatis et écornés, les poils disparus, et leur pigment emporté à la périphérie dans de grands phagocytes (pigmentophages de Metchnikoff) qui pénétraient dans le derme. Plusieurs follicules étaient vides et s'étaient éliminés complètement avec le poil. Le derme était infiltré par des leucocytes et sclérosé par places ; les vaisseaux et les nerfs paraissaient intacts.

Ce sont ces lésions qui expliquaient la pigmentation spéciale et l'épilation intense constatées pendant la vie de l'animal.

Le deuxième type de lésions plus intéressant, se rapprochait beaucoup au point de vue histologique du lupus de la peau.

Les tumeurs non traitées montraient un épiderme normal et la partie superficielle du derme n'était pas même infiltrée. La couche moyenne occupée par des faisceaux conjonctifs scléreux avec vaisseaux néoformés et nombreux présentait au centre un follicule lupique non caséifié mais granulo-graisseaux avec de rares cellules géantes sans tendance à l'ulcération.

Seul le pertuis qui représentait le point d'inoculation permettait l'issue de cette substance dégénérée ; et c'est autour de cet orifice artificiel que l'ulcération signalée s'était produite. Les follicules lupiques secondaires entourés de tissu scléreux, bien limités, à contour elliptique ne renfermaient plus de bacilles à l'examen direct et semblaient devoir évoluer vers la guérison par sclérose.

Sur le même animal les tumeurs traitées nous montraient les altérations épidermiques décrites plus haut avec la disparition des bulbes pileux. Le derme était infiltré très superficiellement de nodules lupiques et largement irrigué par des vaisseaux télangiectasiques : le centre formait une masse caséifiée comme la gomme de tout à l'heure, se vidant à l'extérieur au niveau d'une

ulcération cutanée. Aucune tendance à l'organisation fibreuse du tissu conjonctif : au contraire la tumeur s'étendait excentriquement et renfermait de nombreux bacilles de Koch bien colorables.

Donc dans les cas traités qu'il s'agisse de lésions gommeuses ou de lésions nodulaires comparables au lupus humain le résultat est le même : lésions intenses de l'épiderme provoquées par la radiothérapie, retard dans la tendance naturelle de la néoplasie à évoluer vers la guérison. L'irritation intense provoquée par les rayons X n'empêche-t-elle pas dans une certaine mesure les processus phagocytaires et n'agit-elle pas comme ces antiseptiques puissants qui détruisent bien les germes vivants mais en lésant profondément les cellules du malade ? Les expériences faites ne nous permettent pas de conclure; mais en tout cas elles nous ont paru intéressantes à relater parce qu'elles sont en conformité avec les faits signalés par tous les observateurs, et parce qu'elles nous permettront peut être de préciser d'une façon plus parfaite les conditions d'application des rayons de Roentgen au traitement des tuberculoses cutanées.

NOUVELLES & INFORMATIONS

En suite de l'adoption du projet de décret relatif au certificat d'études médicales supérieures, dont nous avons donné la teneur dans notre dernier numéro, le Conseil supérieur de l'instruction publique, dans la session qui commencera le 16 juillet 1906, sera appelé à discuter le projet d'arrêté qui suit relatif à l'**Agrégation des Facultés de médecine** et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie :

Article premier. — L'agrégation des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie comprend les sections déterminées ci-après :

I. — *Médecine.* — Anatomie humaine et comparée ; Histologie et embryologie ; Physiologie ; Physique biologique et médicale ; Chimie biologique et médicale et pharmacologie ; Sciences naturelles appliquées à la médecine ; Pathologie générale et médecine interne ; Anatomie pathologique ; Médecine expérimentale et comparée ; Thérapeutique ; Hygiène ; Médecine légale ; Maladies nerveuses et psychiâtrie ; Maladies cutanées et syphilitiques ; Chirurgie générale ; Obstétrique ; Chirurgie infantile et orthopédie ; Ophtalmologie ; Maladies du larynx, du nez et des oreilles ; Gynécologie ; Maladies des voies urinaires.

II. — *Pharmacie.* — Pharmacie et matière médicale.

Art. 2. — Il est ouvert un concours spécial pour chaque section.

Art. 3. — Nul n'est admis à se présenter au concours (section de médecine) s'il ne justifie du grade de docteur en médecine et du certificat d'études médicales supérieures. Toutefois, les docteurs en médecine, pourvus du diplôme de docteur ès-sciences physiques ou du diplôme supérieur de pharmacien, peuvent s'inscrire en vue de l'agrégation de physique biologique et médicale ou de l'agrégation de chimie biologique et médicale et pharmacologie s'ils ont subi avec succès la partie de l'examen du certificat d'études médicales supérieures correspondant à l'anatomie, l'histologie et à la physiologie. Les docteurs en médecine qui sont pourvus du diplôme de docteur ès-sciences naturelles ou du diplôme supérieur de pharmacien peuvent s'inscrire en vue de l'agrégation des sciences naturelles s'ils ont subi avec succès la partie de l'examen du certificat d'études médicales supérieures correspondant à la pathologie générale.

Art. 4. — Les grades dont les candidats aux fonctions d'agrégé (Section de pharmacie) dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent justifier, sont : Soit le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures ; soit le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès-sciences physiques ou naturelles ; soit le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 5. — Les épreuves du concours sont :

1° Une épreuve de titres. Elle consiste en un exposé public fait par le candidat de ses travaux personnels. En vue de cette épreuve, le candidat est tenu de fournir une notice imprimée de ses titres et travaux scientifiques. Le format de la notice sera le format prévu par l'arrêté du 1er mai 1896 pour les thèses de doctorat en médecine. Les candidats doivent déposer en outre un exemplaire de chacune de leurs publications.

2° Une épreuve théorique. Elle consiste en une leçon orale de trois quarts d'heure, faite après quatre heures de préparation dans une salle fermée, sur une question se rattachant à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat est inscrit. Le candidat choisit entre trois sujets contenus dans une enveloppe tirée au sort.

La surveillance est organisée par le Président du Jury.

Les ouvrages qui se trouvent à la Bibliothèque universitaire sont mis à la disposition du candidat, sur sa demande.

3° Une épreuve pratique. Pour chaque ordre d'agrégation, le Jury détermine la nature de l'épreuve pratique, sa durée et la durée de l'exposé oral public où le candidat rend compte de cette épreuve.

Art. 6. — Les Jurys des concours sont nommés par le Ministre. Ils sont constitués ainsi qu'il suit pour les différentes sections de l'agrégation :

Section d'anatomie humaine et comparée et section d'histologie et embryologie. — Un seul Jury composé de cinq juges titulaires : deux professeurs d'anatomie ; un professeur

d'anatomie comparée ou d'embryologie ; deux professeurs d'histologie; deux juges suppléants.

Section de physiologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de physiologie ; un professeur d'histologie, de physique médicale, de chimie médicale ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de physique biologique et médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de physique ; un professeur de physiologie ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de chimie biologique et médicale et pharmacologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de chimie (le professeur de chimie peut être remplacé par un professeur de pharmacologie) ; un professeur de physiologie ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section des sciences naturelles appliquées à la médecine. — Trois juges titulaires ; deux professeurs d'histoire naturelle ; un professeur de pharmacologie ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de pathologie générale et médecine interne. — Sept juges titulaires : un professeur d'anatomie pathologique, ou un professeur de médecine expérimentale. Les autres juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie générale, de pathologie interne, de thérapeutique, de clinique médicale et des cliniques médicales spéciales ; trois juges suppléants.

Section d'anatomie pathologique.— Cinq juges titulaires : deux professeurs d'anatomie pathologique ; un professeur d'histologie ; un professeur de pathologie générale ou de pathologie expérimentale ; un professeur de médecine interne ; deux juges suppléants.

Section de médecine expérimentale et comparée. — Trois juges titulaires ; un professeur de médecine expérimentale ; un professeur de pathologie générale, de médecine interne, de thérapeutique, d'hygiène ou d'anatomie pathologique ; un professeur d'histologie ou de physiologie ; deux juges suppléants.

Section de thérapeutique. — Trois juges titulaires : un professeur de Thérapeutique ; un professeur de médecine interne ; un professeur de physiologie ou de pharmacologie ; deux juges suppléants.

Section d'hygiène.— Cinq juges titulaires : deux professeurs d'hygiène ; un professeur de physiologie ; un professeur de physique médicale ou de chimie médicale ; un professeur de médecine interne ou de médecine expérimentale ; deux juges suppléants.

Section de médecine légale. — Cinq juges titulaires : deux professeurs de médecine légale ; un professeur de médecine mentale ; un professeur de chimie ou de pharmacologie ; un professeur de pathologie médicale, de pathologie chirurgicale ou de clinique obstétricale ; deux juges suppléants.

Section des maladies nerveuses et psychiatrie.— Cinq juges titulaires : deux professeurs de pathologie nerveuse ; deux professeurs de pathologie mentale ; un professeur de médecine interne ou d'anatomie pathologique ; deux juges suppléants.

Section des maladies cutanées et syphilitiques. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; un professeur de pathologie générale ou de médecine interne ; deux juges suppléants.

Section de chirurgie générale. — Sept juges titulaires : les juges seront choisis parmi les professeurs de pathologie externe, de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et des cliniques chirurgicales spéciales ; trois juges suppléants.

Section de chirurgie infantile et orthopédie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de chirurgie infantile et d'orthopédie ; un professeur de clinique chirurgicale ; deux juges suppléants.

Section d'ophtalmologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique ophtalmologique ; un professeur de physique médicale, de pathologie nerveuse ou de médecine interne ; deux juges suppléants.

Section des maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Trois juges titulaires : deux professeurs des maladies du larynx, du nez et des oreilles ; un professeur de chirurgie ou de médecine ; deux juges suppléants.

Section de gynécologie. — Trois juges titulaires : deux professeurs de gynécologie ; un professeur de chirurgie ; deux juges suppléants.

Section des maladies des voies urinaires. — Trois juges titulaires : deux professeurs de clinique des maladies des voies urinaires ; un professeur de chirurgie ; deux juges suppléants.

Section d'obstétrique. — Trois juges titulaires : deux professeurs d'accouchements ; un professeur de chirurgie ; deux juges suppléants.

Section de pharmacie et matière médicale. — Trois juges titulaires : deux professeurs de pharmacie ; un professeur de botanique ou de matière médicale ; deux juges suppléants.

Art. 7. — Peuvent être appelés à faire partie des jurys les membres de l'Institut et de l'Académie de Médecine, les professeurs du Collège de France, du Muséum d'histoire naturelle et des Facultés des Sciences, les professeurs honoraires, les agrégés et les chargés de cours des Facultés de Médecine et des Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie.

Art. 8. — Aucune Faculté ne peut être représentée dans le Jury par plus du tiers des juges.

Art. 9.— Les présentes dispositions seront appliquées aux concours qui seront ouverts pendant l'année scolaire 1909-1910.

Art. 10. — Les docteurs en médecine candidats à l'agrégation et déclarés admissibles dans les concours antérieurs sont dispensés du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 11. — Les agrégés sont nommés d'après une liste dressée par le jury par ordre de mérite. Suivant leur rang de classement, ils sont appelés à désigner la Faculté à laquelle ils désirent être attachés. Il est tenu également compte du rang de classement si, en cas de vacance d'une place d'agrégé dans une autre Faculté, ils demandent à y être transférés.

Art. 12. — Seront abrogées, à partir de l'entrée en vigueur du régime établi par le présent arrêté, les dispositions contraires des statuts du 16 novembre 1874 et du 27 octobre 1880 et de l'arrêté du 30 uillet 1887.

***

Le projet de décret suivant, relatif aux **Ecoles de plein exercice de Médecine et de Pharmacie**, est un autre colloraire de la création du certificat d'études médicales supérieures :

Art. 1er. — Les grades à exiger des professeurs titulaires et des chargés de cours dans les Ecoles de plein exercice de Médecine et de Pharmacie, sont : *a)* Pour les chaires d'anatomie, d'histologie et de de physiologie, et pour les chaires de médecine, de chirurgie et de clinique obstétricale, le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures ; *b)* Pour les chaires de pharmacie et de matière médicale, le diplôme supérieur de pharmacien; *c)* Pour les chaires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, le doctorat en médecine et le certificat d'études médicales supérieures, ou le titre de pharmacien de 1re classe et le doctorat ès-sciences physiques ou naturelles, ou le diplôme supérieur de pharmacien.

Art. 2. — Peuvent être nommés sans concours dans les Ecoles de plein exercice de médecine et de pharmacie : *a)* Suppléants des chaires de chimie et de physique, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié ès-sciences portant le groupe suivant de Mentions : Physique générale, Chimie générale, Minéralogie, ou une autre matière de l'ordre des sciences physiques ou des sciences naturelles ; *b)* Suppléants de la chaire d'histoire naturelle, les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licencié-ès-sciences portant le groupe suivant de mentions : Zoologie ou physiologie générale, Botanique, Géologie. *c)* Suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie, des chaires de pathologie et de clinique internes, des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 3. — Les docteurs en médecine pourvus du certificat d'études médicales supérieures peuvent être nommés sans concours aux fonctions de chef des travaux anatomiques.

Art. 4. — Les présentes dispositions entreront en vigueur à partir du 1er novembre 1907. Toutefois les suppléants et les chargés de cours en exercice à la date de la promulgation du présent décret peuvent être nommés professeurs titulaires sans justifier du certificat d'études médicales supérieures.

Art. 5. — Seront abrogées à partir du 1er novembre 1907 les dispositions contraires du décret du 1er août 1883.

Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira, le 17 décembre prochain à 9 heures du matin, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine, à l'**emploi de médecin stagiaire, à l'Ecole d'application du service militaire de santé.**

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ; 2° avoir eu moins de 28 ans au 1er janvier 1906 ; 3° avoir accompli le temps de service exigé par la loi sur le recrutement de l'armée et être reconnus aptes à servir activement dans l'armée : cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins (1) ; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° un examen de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° une épreuve de médecien opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressése avec les pièces à l'appui, au Ministre de la guerre (Direction du Service de Santé ; Bureau du Personnel et de la Mobilisation) avant le 1er décembre prochain.

Ces pièces sont :

Avent l'entrée à l'école :

1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ;

2° Diplôme, ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le 15 janvier 1907. Le candidat indiquera dans sa demande s'il est déjà en possession du grade de docteur en médecine. Dans le cas contraire, sa nomination à l'emploi de médecine stagiaire serait annulée, s'il n'était pas reçu docteur en médecine avant le 15 janvier 1907) ;

(1) Instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire.

3° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique des services ;

5° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de médecin stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les dossiers des candidats non reçus sont renvoyés par l'intermédiaire des maires des communes indiquées dans la pièce numéro 5.

Aussitôt après l'admission à l'école :

L'engagement se servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Les médecins stagiaires sont rétribués pendant leur séjour à l'Ecole d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3.096 francs par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor, en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade de médecin aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les médecins stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés médecins aide-majors de 2e classe.

Ceux qui n'auront pas satisfait auxdits examens seront licenciés.

Le seizième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française doit se tenir à Lille du 1er au 7 août 1906, sous la présidence de M. le professeur Grasset, de Montpellier.

Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Rennes.

a) **Psychiatrie.** — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés.

Rapporteur : M. le docteur M. Dide, de Rennes.

b) **Neurologie.** — Le cerveau sénile.

Rapporteur : M. le docteur A. Leri, de Paris.

c) **Médecine légale.** — La responsabilité des hystériques.

Rapporteur : M. le docteur R. Leroy, de Paris.

Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie. Présentation de malades, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques. Visite des asiles d'aliénés de : Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront : avant le Congrès, les trois rapports désignés ; après le Congrès, le compte rendu des séances.

Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, prière de s'adresser au Secrétaire général du Congrès, le docteur Chocreaux, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bailleul (Nord).

Il vient de se fonder à Paris entre les **médecins de Sanatorium français**, une société ayant pour but : de traiter les les questions relatives au fonctionnement des sanatorium, tant publics que privés. Cette Société qui ne comprend que des titulaires est ouverte à tous les médecins de sanatorium français, chefs de service et assistants. Elle est administrée par un conseil composé de cinq membres, dont un président, un vice-président et un secrétaire-trésorier. Le président est le docteur Calmette, le vice-président, le docteur Hervé ; le secrétaire-trésorier, le docteur Guinard.

Les réunions, au nombre de trois par année, ont lieu deux fois à Paris et une fois dans un sanatorium de province.

Toute demande de renseignements doit être adressée au docteur Guinard, secrétaire-trésorier, 56, rue de la Victoire.

UNIVERSITÉ DE LILLE

La Société médico-psychologique, dans sa séance solennelle du 25 Juin 1906, a décerné le **Prix Aubanel** d'une valeur de 650 francs à Messieurs les docteurs Raviart, Prival de Fortunié, médecins-adjoints, et Lorthiois, interne de l'Asile d'aliénés d'Armentières, pour leur mémoire sur *La valeur diagnostique des signes oculaires aux diverses périodes de la paralysie générale*, basé surtout sur des observations personnelles. Nous adressons nos plus sincères félicitations à nos excellents confrères pour la juste distinction dont ils sont l'objet.

Par arrêté rectoral en date du 31 juin 1906, un **Concours pour un Emploi de Chef de Clinique médicale** s'ouvrira à la Faculté le Lundi 29 Octobre 1906, à huit heures du matin.

Conditions du Concours. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté du 10 au 20 octobre, et déposer en s'inscrivant une expédition de leur acte de naissance et le Diplôme de Docteur en Médecine.

Est admis à concourir tout Docteur en Médecine, de nationalité française, âgé de 35 ans au plus. (Art. 3 de l'arrêté du 1er Octobre 1896).

Les fonctions de Chef de clinique sont incompatibles avec celles d'Agrégé en exercice ; en outre, le Chef des Travaux anatomiques, le Prosecteur d'anatomie, le Préparateur d'anatomie pathologique ne pourront cumuler leurs fonctions avec celles de Chef de clinique. (Art. 4 de l'arrêté du 1er Octobre 1896).

La durée des fonctions de Chef de Clinique est fixée à un an ; la nomination pourra être prorogée trois fois, et pour

une année chaque fois, sur la demande du Professeur. — Le traitement annuel est de 1.200 francs.

Nature des épreuves. — Les épreuves du Concours consistent :

1° En une composition sur un sujet d'anatomie et de pathologie interne ;

2° En une épreuve clinique orale de 15 minutes sur un ou deux malades, au choix du jury, après un demi-heure d'examen ;

2° En une épreuve de laboratoire ;

4° En appréciation des titres antérieurs et travaux des can-

Attributions. — 1° Aider le Professeur dans l'enseignement, les exercices et les démonstrations cliniques, les recherches de laboratoire ;

2° Exercer les élèves, sous la direction du Professeur, à l'examen des malades et aux divers procédés propres à établir le diagnostic des maladies ;

3° Suppléer le Professeur dans les visites hospitalières en cas d'empêchement momentané, et notamment dans les contre-visites du soir. (Art. 7 de l'arrêté du 1er octobre 1896).

— Le **Comité de l'Association amicale des Internes et anciens Internes en médecine des Hôpitaux de Lille**, a l'honneur d'annoncer à *MM. les Internes titulaires de deuxième et troisième années que*, en vertu des articles XXXI et suivants de ses statuts, deux Concours seront ouverts le *mercredi 25 juillet 1906*, à 9 heures du matin, pour l'obtention de deux prix, l'un de *médecine*, l'autre de *chirurgie et accouchements*.

Ces prix seront chacun de 100 francs en espèces. Les épreuves comporteront : 1° *Un mémoire* qui sera coté 40 points ; 2° *Une épreuve clinique* (1/4 d'heure d'exposé après 1/2 heure d'examen et 1/4 d'heure de réflexion) qui sera cotée 40 points ; 3° *Une épreuve écrite* sur un sujet de pathologie qui sera cotée 20 points.

Les candidats devront faire connaître au Trésorier de l'Association leur intention de prendre part aux épreuves, au moins *dix jours* avant l'ouverture du Concours. Ils devront lui faire parvenir en même temps leur mémoire. Le concours aura lieu dans un service de clinique avec l'autorisation de l'Administration et des chefs de service. L'hôpital sera désigné aux concurrents la veille du Concours. Le jury décidera les conditions de l'épreuve écrite.

— Par décret en date du 21 juin 1906, ont été promus au grade de médecin aide-major de 1re classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale les médecins de la région dont les noms suivent : MM. les docteurs BERTRAND, de Bousbecques (Nord) ; SOUILLART, de Bruay (Nord) ; MONIER, de Coudekerque-Branche (Nord) ; BOULLENGER, de Houvin (Pas de-Calais) ; VERBÈKE, de Wimereux (Pas-de-Calais ; FICHAUX, de Sars-Poteries (Nord) ; DUVAL, de Dunkerque ; BESSON, de Lille ; BRASSEUR, de Villers-Bretonneux (Somme) ; LOUIS, de Lille ; LECŒUVRE, de Lillers ; DUCLOY, d'Ardres (Pas-de-Calais) ; FLEURY, de Don (Nord) ; BIGOTTE, de Lille ; MAKEREEL, de Lens (Pas-de-Calais) ; THELLIEZ, d'Hénin-Liétard (Pas-de-Calais).

Soutenance de Thèse

M. J.-E. LOOTEN, de Lille, chargé des fonctions de prosecteur, interne des hôpitaux, lauréat de la faculté, a soutenu avec succès le jeudi 12 juillet 1906 sa thèse de doctorat n° 32, intitulée : **Recherches anatomiques sur la circulation artérielle du cerveau.**

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Adolphe TITYÉ et Maurice COSTE, de Marseille (Bouches-du-Rhône).

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Sur le traitement du diabète ; action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète**, par le docteur VERDALLE, médecin consultant à la Bourboule, extrait des *Archives générales de médecine*, mars 1906.

— **La cure définitive de la neurasthénie par la rééducation**, par le docteur LÉVY, extrait des *Archives générales de médecine*, février 1906.

— **Les voies de la sensibilité dans la moelle de l'homme**, par le professeur J. GRASSET, rapport au XVe Congrès international de médecine, 1906.

— **L'organisation de la défense sociale contre les maladies nerveuses : prophylaxie individuelle, familiale et sociale**, par le professeur J. GRASSET, extrait de la *Revue des idées*, 1906.

— **Les indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire**, par le docteur LINOSSIER, *Masson*, Paris, 1906.

— **Les troubles de la parole**, par le docteur CHERVIN, extrait de la *Revue de l'Association française pour l'avancement des sciences*, Paris, 1906.

N° 497. Dixième Année. N° 29. Le Numéro : **10** centimes 22 Juillet 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Rétention prolongée de l'œuf mort (1)

par le docteur **M. Oui,**
professeur-adjoint à l'Université de Lille.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment, avec mon confrère, le docteur Duquesnoy, de Liévin, un cas de rétention prolongée de l'œuf mort. Bien que les cas de rétention de l'œuf mort soient assez fréquents, la durée de la rétention a, dans ce cas-ci, notablement dépassé les limites habituelles et c'est à cause de cette prolongation excessive que j'ai cru devoir le publier.

Voici d'abord l'observation qui a été rédigé, en grande partie à l'aide des renseignements que m'a aimablement fourni le docteur Duquesnoy.

(1) Communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pœdiatrie de Paris, 11 juin 1906.

Mme D..., âgée de 34 ans, a été réglée pour la première fois à 17 ans. Sa menstruation n'a jamais rien présenté de particulier.

A 20 ans, elle a eu une péritonite (?). D'après les renseignements qu'elle donne sur la marche de l'affection et sur le traitement employé, il s'agit vraisemblablement d'une appendicite qui a été guéri sans intervention chirurgicale.

En août 1896, accouchement à terme ; fille actuellement vivante et bien portante.

En septembre 1898, accouchement à terme ; fille actuellement vivante et bien portante. Délivrance artificielle pour hémorrhagie.

En août 1899, avortement d'environ six semaines. Rétention placentaire et accidents fébriles ayant nécessité un curettage.

En juillet 1900, accouchement à terme ; garçon qui est mort à l'âge de six mois d'une broncho-pneumonie après diphtérie.

Au commencement de 1902, avortement à deux mois et demi. Rétention placentaire et fièvre. Curettage.

En 1903, avortement à six semaines.

Depuis de longues années, Mme D... souffrait de fréquentes crises douloureuses, assez vives, localisées dans la fosse iliaque droite et qui furent considérés comme des crises légères d'appendicite. Appendicectomie le 6 octobre 1904 : appen-

dice libre, mais gros, renflé en massue et à parois épaisses.

Dernières règles le 1er janvier 1905. — Mme D... ne remarque rien de particulier jusqu'au mois d'avril. Pendant ce mois et sans qu'elle puisse préciser la date, elle remarque un gonflement assez accentué des seins qui secrètent un liquide incolore peu abondant. Gonflement et secrétion ne durent que quelques jours.

Le premier examen, fait par le docteur Duquesnoy, au mois de juin, montre un utérus augmenté de volume, globuleux, dont le fond est notablement au-dessous de l'ombilic.

Des examens pratiqués ultérieurement montrent à notre confrère que le ventre diminue de volume et paraît plus aplati.

Le 15 août, pertes de sang légères ; douleurs, col légèrement entr'ouvert. Le repos au lit pendant huit à dix jours et l'emploi de suppositoires à l'extrait thébaïque arrêtent ces menaces d'avortement.

Le 15 septembre. les mêmes symptômes se reproduisent pendant quelques jours. Même traitement.

Le 29 septembre, je vois Mme D... avec le docteur Duquesnoy. Le palper montre une tumeur globuleuse, élastique, remontant à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis, et occupant la ligne médiane. Par le toucher, on trouve le col assez résistant, occupant la situation normale. Le palper bimanuel fait constater que la tumeur est nettement formée par l'utérus en légère antéflexion. Les parois utérines sont plus résistantes qu'elles ne le sont habituellement pendant la gestation. Etat général manifestement bon. Pas de douleurs, ni spontanées, ni provoquées par la pression ; pas de pertes.

A partir du 15 octobre, pertes, presque journalières, de sang très peu coloré. Ces pertes ont été de temps en temps un peu odorantes. Jamais d'hyperthermie.

Le 2 janvier 1906, perte sanguine assez abondante. Douleurs assez vives pendant quelques heures. Le col s'entr'ouvre, puis les douleurs se calment. Les jours suivants, douleurs lombaire et expulsion de quelques débris que le docteur Duquesnoy pense être des débris placentaires qui sont de la grosseur d'une amande. Le col ne s'ouvre que très lentement. Enfin, le 10 janvier, expulsion d'un corps rougeâtre, du volume du poing ,ayant, dit notre confrère, la consistance du cœur.

Le 14 janvier, encore quelques douleurs, avec expulsion de petits débris.

Suites apyrétiques.

M. le docteur Duquesnoy a bien voulu nous envoyer, conservé dans l'alcool, le corps qu'avait expulsé Mme D...

C'était un gros bloc fibrineux, un énorme caillot dur, ovoïde, mesurant dans son grand axe dix à douze centimètres et reproduisant le moule de la cavité utérine. En coupant longitudinalement ce bloc fibrineux, on trouvait, à la partie supérieure, une petite cavité limitée par une membrane grisâtre, lisse, résistante, parfaitement isolable et dont la nature ne pouvait faire aucun doute. C'était là, manifestement, l'œuf, ne contenant plus d'embryon, ni liquide amniotique. L'examen microscopique fait par notre collège et ami, le professeur Curtis, a d'ailleurs permis de constater la présence de vellosités choriales dans la masse fibrineuse.

Si on laisse de côté les cas dans lesquels la rétention de l'œuf mort a été dûe à une altération pathologique du col (cas de Menzies et de Depaul in Th. Villard, 1878) et les très nombreux cas où la rétention utérine est douteuse et où il s'agit vraisemblablement de grossesses ectopiques, il est très rare d'observer une rétention d'aussi longue durée.

La rétention de l'œuf mort ne dure guère, en effet, habituellement plus de dix à vingt jours et, dans son **Traité du palper abdominal**, le professeur Pinard cite, comme la plus longue qu'il ait observée, une rétention de 95 jours.

Les longues rétentions dépassant l'époque qui aurait dû être le terme de la grossesse sont exceptionnelles. Il faut remarquer, en outre, qu'elles se produisent surtout dans les cas où le fœtus a succombé dans les premiers mois de la grossesse.

Parmi les cas les plus remarquables de ces rétentions très prolongées, on peut citer ceux de :

Antiaux (1) fœtus mort à 4 mois, expulsé à terme.

Mac-Clintock (2) ; dernières règles en juin ; expulsion en mars, d'un embryon offrant un développement de 2 mois et demi.

Holst (3) ; fœtus mort à 4 mois, expulsé 24 semaines après le terme de la grossesse.

Mac-Mahon (4) ; fœtus mort à 4 mois ,expulsé 18 mois plus tard.

Olshausen (5) : fœtus mort à 3 mois, expulsé momifié après 8 mois et demi de rétention.

Madge (6) ; fœtus mort à 4 mois, expulsé 11 mois après les dernières règles.

Liebmann (7) ; dernières règles le 12 avril 1872, mort du fœtus le 5e mois ; expulsion de l'œuf (fœtus momifié) le 5 avril 1873.

Des observations que j'ai pu retrouver, la plus comparable à celle que je rapporte aujourd'hui appartient à Budin (Soc. obst. et gyn. de Paris. — 7 juillet 1892 et Femmes en couches et nouveau-nés) : dernières règles, fin juin 1891 ; expulsion provoquée, le 12 juin 1892, d'un œuf ne contenant plus ni embryon ni liquide amniotique, œuf noyé dans un bloc de caillots anciens. L'observation ne permet pas de préciser l'époque à laquelle le fœtus a succombé.

(1) In Velpeau. — *Traité de l'art des accouchements*, T. I, p. 404 405.
(2) In Tarnier et Budin. — *Traité de l'art des accouchements.* T. II, p. 499.
(3) In Schrœder. — *Manuel d'accouchements.* Trad. Charpentier.
(4) *Medico-chirurgic. review.* — Janvier 1870.
(5) *Berlin Klin. Woch.* 1871, n° 1.
(6) *British med. Journ.*, 1871.
(7) In Hergott. — *Revue médicale de l'Est.* T. III, n° 9.

Dans le cas actuel, les dernières règles datent du début de janvier et la mort du fœtus paraît, d'après les symptômes de fluxion mammaire qui ont été notés, remonter au courant du mois d'avril. L'expulsion de l'œuf n'ayant eu lieu que le 12 janvier suivant, la rétention aurait duré neuf mois après la mort du fœtus, ne prenant fin qu'un an après les dernières règles.

Un autre fait intéressant, dans ce cas, c'est que les hémorrhagies qui ont amené la mort du fœtus et entouré l'œuf d'un véritable bloc fibrineux ne se sont traduites, extérieurement, par aucun écoulement. En effet, aucune perte de sang ne s'est produite, du mois de janvier, époque des dernières règles, jusqu'au 15 août, date à laquelle le fœtus avait certainement succombé.

Le diagnostic de la mort du fœtus ne pouvait faire aucun doute, lorsque le 29 septembre, mon confrère Duquesnoy m'appela en consultation auprès de Mme D... L'aménorrhée coïncidant avec le développement évident de l'utérus impliquait, en effet, le diagnostic de grossesse et, d'autre part, la diminution de volume du ventre, observée par le médecin traitant au cours d'examens successifs, amenait forcément à à conclure que cette grossesse avait été arrêtée dans son évolution.

Quant au diagnostic de la cause de la mort du fœtus, nous ne pouvons la rattacher ni à l'albuminerie, dont on n'avait jamais trouvé la moindre trace, ni à la syphilis dont aucun des générateurs n'avait présenté le moindre symptôme, pas plus que les enfants nés antérieurement de cette union. La cause la plus probable nous paraît être l'endométrite, surtout si nous songeons qu'il y a eu, en 1902, un avortement avec rétention placentaire et accidents infectieux ayant nécessité un curettage et que cet avortement a été suivi, en 1903, d'une grossesse interrompue prématurément à deux mois et demi.

Un fait nous a quelque peu surpris, dans ce cas, c'est la dissolution complète du fœtus, que nous pensions avoir succombé vers trois mois et que nous nous attendions à voir expulsé momifié, la dissolution de l'embryon ne se produisant habituellement pas lorsqu'il a dépassé la dixième semaine. Peut-être la mort de l'embryon a-t-elle été plus précoce que nous ne le pensons ; peut-être aussi, des hémorrhagies successives et d'abord peu abondantes avaient-elles arrêté dans une certaine mesure le développement de l'embryon et rendu plus facile sa dissolution après laquelle le liquide amniotique a été résorbé.

Je ne dirai qu'un mot de la conduite que j'ai cru devoir tenir : abstention absolue de toute intervention.

Cette abstention est presque unanimement conseillée et acceptée. Toutefois, Barnes et Léon Dumas ont cru devoir, dans des cas de rétention prolongée de l'œuf mort, dilater artificiellement le col et vider l'utérus et, dans le cas de Budin, que j'ai résumé plus haut, cet accoucheur a provoqué l'expulsion de l'œuf.

Je sais trop combien la prolongation démesurée de la rétention de l'œuf mort inquiète l'intéressé et son entourage, pour ne pas comprendre les tentations que l'accoucheur peut avoir d'évacuer l'utérus, mais je crois aussi, qu'il faut savoir résister au désir d'en finir avec une situation anormale et ennuyeuse, mais qui ne présente pas de danger. Si longue que soit la rétention de l'œuf mort, l'expectation doit, à mon avis, rester la règle absolue, tant que l'œuf n'étant pas ouvert, il ne survient aucun accident.

De quelques traitements proposés contre les affections des voies lacrymales

par le docteur **Georges Gérard**, professeur agrégé, oculiste consultant à l'Hospice général

La marche du larmoiement simple et des inflammations non spécifiques des voies lacrymales est extrêmement variable : certains larmoiements en particulier persistent indéfiniment malgré tous les moyens qu'on peut employer contre eux.

L'accord est d'ailleurs loin d'être fait en ce qui concerne le traitement ; comme il est impossible d'adopter une règle uniforme de conduite dans des affections qui, malgré leur fréquence, ont des causes diverses et encore mal connues en général, les méthodes se succèdent, trouvant des partisans et des détracteurs. Avant d'exposer le traitement que nous employons habituellement et qui nous a donné quelques résultats encourageants, nous avons cru bon de rappeler quelques opinions et méthodes préconisées dans ces quinze dernières années ; elles sont souvent aussi intéressantes qu'originales.

I. — Interventions sur les points et les canalicules lacrymaux. — Au point de vue fonctionnel, il existe une grande différence entre le point et le canalicule supérieurs et le point lacrymal et le canalicule inférieurs.

Le *point lacrymal supérieur* peut être sectionné sans scrupules ainsi que le *canalicule supérieur* : la stricturotomie est une opération excellente dans certains catarrhes et suppurations du sac.

Dans le transport des larmes vers le nez, le point lacrymal inférieur joue un rôle de premier ordre et doit être ménagé le plus possible. Cette opinion a été particulièrement défendue par Gama-Pinto et par Vignes.

« L'appareil lésé par l'incision du point lacrymal,

dit GAMA-PINTO (1) ne peut jamais fonctionner normalement (comme une pompe aspirante et foulante), et dans le cas le plus heureux il reste toujours un larmoiement ou au moins une humidité constante de l'œil. » Partant de ce point de vue, l'auteur pratique le cathétérisme sans section préalable du point lacrymal, qu'il se contente de dilater à l'aide de stylets à pointe conique de volume graduellement croissant. « On introduira de suite, dit-il, le stylet de Bowmann n° 5. Ces oblitérations sont ainsi détruites et les fausses routes évitées avec certitude. »

VIGNES (2) pratique également le cathétérisme sans section préalable des points lacrymaux. « Comment se peut-il que certains se résolvent, dans un but thérapeutique, à sectionner les points et canalicules lacrymaux, à altérer, à détruire en un mot, la condition anatomique qui assure la capillarité ? ... Il m'a été trop souvent donné de voir cette erreur cruelle transformer des patients en pleureurs incurables. Cette multilation trouve-t-elle, au moins, sa justification dans son utilité ? On a prétendu qu'elle favorisait le passage des sondes, qu'elle devenait indispensable dans le cas d'atrésie ou absence des canalicules, dans les éversements des paupières.

« Je puis vous affirmer qu'il est fort facile d'introduire des sondes même les plus volumineuses, à travers les points lacrymaux simplement dilatés. Quant à ces grosses sondes, quelle peut bien être leur utilité? Ne voit-on pas des malades dont les canaux lacrymaux laissent passer le flot d'une injection, dont les lumières admettent des sondes énormes, qui n'en continuent pas moins, peut-être même davantage, à larmoyer.

« Je n'ai jamais rencontré d'atrésie qui rendît impossible l'entrée dans le canalicule du stylet dilatateur. Je n'ai jamais été plus heureux en ce qui concerne l'absence de canalicules ».

Enfin « si l'on éprouve quelques difficultés à faire pénétrer le cathéter dans le canalicule, le stylet conique en facilite l'introduction. »

Plus récemment, MIRO (3) se déclare partisan de l'intégrité des points lacrymaux qu'il dilate plutôt que de les inciser. MIRO redoute les extirpations de la glande lacrymale et leur prefère le larmoiement continu.

Personnellement, j'avance qu'il n'est pas *toujours* possible d'engager le cathéter après simple ditatation; car en dehors des cas de sténose qui imposent une conduite spéciale, il faut tenir compte de la constitution anatomique du point lacrymal et de son tubercule. Le tubercule lacrymal, en effet, présente à sa base un petit anneau conjonctif renforcé par un certain nombre de fibres du muscle orbiculaire, le tout formant non pas un sphincter, mais une couronne très peu dilatable de par sa structure; de telle sorte que le point lacrymal, après avoir été élargi par le *stylet conique qui passe toujours facilement*, a tendance à se rétrécir invinciblement et à empêcher le passage d'une sonde numéro 2.

D'autre part, en pratiquant la dilatation graduelle, on arrive à faire justement ce qu'on voulait éviter. En somme, nous croyons qu'il vaut mieux faire une toute petite incision postérieure dont les lèvres se rapprochent suffisamment pour conserver au point ses fonctions de capillarité.

La préoccupation qu'on doit avoir est donc avant tout de conserver intacte la fonction du point lacrymal inférieur ; car son étroitesse fait forcément abandonner l'emploi des sondes volumineuses. J. W. JAVRY (4) qui les rejette d'une manière absolue les accuse, avec raison, de dilater trop fortement non seulement le point lacrymal, mais encore l'entrée du sac. Et il propose de les remplacer par un instrument de fil métallique, qui peut pénétrer facilement dans le canal et que l'on peut dilater à la grandeur voulue lorqu'il est en place. On peut ainsi *dilater le canal sans fendre le canalicule.*

Parmi les procédés qui se proposent de conserver leur intégrité au point lacrymal et au canalicule inférieurs, il faut encore citer la *lacrymotomie*, opération préconisée par BOURGEOIS, de Reims.

BOURGEOIS (5), estimant que le canalicule lacrymal inférieur est un obstacle fréquent à cause de ses rétrécissements surtout vers le sac (nous pourrions ajouter à cause de ses sinuosités naturelles), propose une opération nouvelle — la *lacrymotomie* — qui peut être comparée à l'uréthrotomie interne. Cette intervention se pratique avec un petit couteau plus court de moitié que le couteau de WEBER. Après dilatation du point, on introduit le couteau, le tranchant en bas et on le pousse jusqu'à ce qu'il vienne buter contre la paroi osseuse du sac, puis on le retire par le même chemin. Par le canalicule ainsi élargi, mais ayant conservé sa forme tubulaire (?), on peut faire

passer les sondes creuses pour procéder aux irrigations. En répétant plusieurs jours de suite ces irrigations, le rétrécissement ne se reproduirait plus et le larmoiement disparaîtrait. On obtiendrait ainsi rapidement la guérison des dacryocystites récentes.

A côté des conservateurs, on trouve, par contre, des partisans d'opérations très radicales, qui prétendent très paradoxalement qu'on peut sacrifier de gaieté de cœur points et canalicules, tant inférieurs que supérieurs.

BERRY (6), par exemple, sous prétexte que l'épiphora qui accompagne l'inflammation du sac lacrymal doit surtout être attribué à une hypersécrétion des larmes causée par l'irritation, *fend les deux canalicules* et cathétérise de quinze en quinze jours avec des sondes moyennes. Il pratique des injections seulement quand il y a ectasie du sac.

II. — OPINIONS DIVERSES SUR LE CATHÉTÉRISME; EXAMEN DE QUELQUES MÉTHODES. — Les stylets habituellement employés sont marqués d'un chiffre d'autant plus élevé que le diamètre augmente davantage; les cathéters usuels portent les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, etc. Certains auteurs cependant préconisent les très grosses sondes :

THÉOBOLD (cité par Javry et Wamsley) qui recommande d'aller jusqu'au n° 16, lequel correspond à un diamètre de 4 à 6 millimètres; WAMSLEY (7) sur la méthode duquel nous revenons plus loin et dont la sonde n° 9 correspond à un diamètre de 3 1/2 millim.

S. SNELL (9), qui dit avoir employé dans plusieurs centaines de cas des sondes dont le diamètre varie de *1 millimètre 25 à 4 millimètres*. Après incision du canalicule, la plus petite sonde était passée dans le canal nasal et était suivie d'une ou deux sondes plus larges. Le jour suivant, de plus larges sondes étaient encore introduites. Dans les mains de SNELL, cette méthode aurait donné de très bons résultats.

TERSON (8) s'élève avec raison contre leurs procédés : « On s'est aperçu, dit-il, que l'emploi de sondes volumineuses aggravait la situation des malades et que l'incision étendue des conduits lacrymaux que l'on croyait à tort nécessaire pour le passage des grosses sondes, laissait souvent subsister un larmoiement rebelle à tous les moyens. »

De l'avis de la plupart des oculistes, il faut donc employer pour les cas usuels les numéros 2, 3 et 4 (plus souvent 5), qui suffisent à tous les besoins. Le numéro 1 doit être laissé de côté de parti-pris parce qu'il peut causer des éraillures et même traverser et dilacérer les parois du canal nasal, causer des fausses routes qui ne sont pas toujours sans danger.

Chaque praticien a d'ailleurs ses préférences; voici par exemple, l'avis de GAMA PINTO (1) : « Je considère comme sans valeur, dit-il, la manière ordinaire de pratiquer le cathétérisme avec des stylets fins ; il ne s'agit pas ici, en effet, de la dilatation d'un canal rétréci à parois molles, mais il faut éviter une oblitération anormale d'un canal à parois résistantes. Puis il faut savoir que le conduit lacrymal normal présente dans l'endroit le plus étroit un calibre de 1 1/2 à 2 1/2 millimètres (Arlt, Weber) de sorte que l'introduction des stylets numéro 5 ne force pas l'étendue saine du canal mais détruit sûrement et sans danger les rétrécissements qui existent. »

DU CATHÉTÉRISME PERMAMENT. — Les sondes lacrymales qu'on laisse à demeure pendant un temps variable sont, soit les cathéters métalliques ordinaires, soit des corps divers destinés, dans l'esprit de ceux qui les utilisent, à maintenir le canal nasal béant ou à agir sur sa muqueuse malade.

SCHEFFELS (10) préconise les sondes à demeure de Vulpius. Elles consistent dans un fil d'argent de la grosseur d'une sonde de Bowmann 3-4, qu'on laisse en place pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois. Avec elles, on attendrait des guérisons là où le cathétérisme simple n'avait rien donné.

WINTER WAMSLEY (7) expose longuement une méthode personnelle dont il aurait obtenu les meilleurs résultats. Les sondes imaginées par lui ont deux longueurs ; 32 millimètres et 40 millimètres ; elles sont construites de façon qu'on peut également les utiliser pour le côté droit ou le côté gauche ; elles ont la forme de courtes béquilles dont l'extrémité supérieure est coudée à angle droit, dont le bout est plutôt arrondi que conique. Leur diamètre est graduellement croissant ; les plus grosses sont théoriquement construites de façon à répondre au diamètre même du canal nasal.

WAMSLEY procède au cathétérisme en engageant les sondes dans l'ordre de leurs numéros ; chaque cathéter est laissé en place pendant un temps variable et remplacé par un cathéter de diamètre plus grand. Les avantages de ce procédé seraient : peu ou pas de douleur ; suppression des anfractuosités et dilatation du canal ; rétablissement du cours des larmes.

Le mérite de WAMSLEY est d'avoir donné à ses sondes la longueur absolue du canal nasal ; nous avons, en effet, avancé dans un autre travail que *la longueur de quatre centimètres est la longueur minima qu'on doit donner à la portion du cathéter destinée à parcourir le canal nasal.*

Nous apprécions moins la forme en béquille qui nous semble rendre l'instrument assez difficilement maniable. Enfin, nous nous opposons à l'emploi des énormes stylets préconisés par l'auteur.

Voici comment TERSON (8) critique son procédé : « Je devrais parler, dit-il, de l'emploi des *sondes à demeure* dites à crosse ou d'autres engins de dilatation permanente. Il me suffira de dire que le courant de l'opinion n'est plus actuellement dirigé de ce côté. L'expérience démontre que le système des sondages et des injections, *excellent en principe*, peut guérir un certain nombre de malades ; mais il en laisse sûrement plus de la moitié aussi larmoyants et quelquefois plus qu'ils ne l'étaient avant tout traitement. »

Il nous reste maintenant à mentionner quelques méthodes spéciales curieuses par leur originalité.

Dans un cas de dacryocystite purulente bilatérale, LÉONARD (11) a obtenu la guérison par les sondes de gélatine au protargol. CORPAS, de *Grenade* (12), pratique le cathétérisme permanent de la façon suivante : pour éviter les ennuis et la douleur des sondages répétés et aussi pour faciliter l'application de subtances médicamenteuses capables d'activer les guérisons, CORPAS fait l'opération de Stilling par le point lacrymal supérieur, introduit la sonde creuse n° 3 de DE WECKER, retire le mandrin et introduit grâce à lui une soie dextrinée (pour lui donner de la consistance) qui sort par la narine. Il y attache alors un cordonnet de soie plus épaisse qu'il retire de bas en haut dans le canal nasal ; puis les deux bouts noués sont ramenés au-dessous de l'oreille. La soie peut être imprégnée de substances antiseptiques diverses.

STEINITZ (13), 1900, injecte dans le sac lacrymal, à l'aide d'une seringue de Pravaz, armée d'une canule en caoutchouc durci, du collodion au nitrate d'argent à 1 °/₀ ; il conseille également un bâtonnet de pommade au beurre de cacao mélangé au protargol dans la proportion de 5 °/₀.

Enfin, GUAITA DE SIENNE (14), pour guérir rapidement l'ectasie et la fistule lacrymale, introduit après râclage du sac et stricturotomie, une canule en os décalcifié dans le canal nasal. « La canule ne fait que hâter la guérison en permettant l'évacuation des larmes et des sécrétions de la surface râclée, du côté du nez, de sorte qu'on peut suturer immédiatement l'incision entamée. La canule disparaît par résorption.. Après cinq jours elle est déjà fort ramollie et amincie. Après dix jours, elle est en grande partie résorbée, on n'en trouve plus que des restes ; il n'en existe plus aucune trace après quinze jours. Ces os décalcifiés proviennent soit des extrémités postérieures des gros crapauds, soit du tibia des petits lapins ou encore du cubitus ou du radius des gros. »

En somme, les divers procédés que nous avons rapportés se proposent tous le même but : maintenir la dilatation du canal nasal de telle façon que les larmes retrouvent leur cours normal.

Les principes qui nous guident dans le cathétérisme des voies lacrymales sont les suivantes :

1° Le point lacrymal supérieur doit être ménagé le plus possible ainsi que le canalicule inférieur ; on ne pratiquera le cathétérisme par cette voie qu'après dilatation simple ou mieux encore après libération minime au couteau de Weber du point lacrymal inférieur.

2° Les interventions larges par lesquelles on veut arriver rapidement sur le sac doivent être pratiquées par le canalicule supérieur qu'on peut toujours fendre largement.

3° Les stylets servant au cathétérisme ne doivent jamais dépasser le numéro 5 – sauf certains cas très particuliers.— Leur longueur et leur forme doivent être modifiées ; j'y reviendrai dans un prochain article où j'essaierai de montrer que le cathétérisme permanent pratiqué d'une certaine manière, et suivant une méthode prudente, est capable de donner, malgré les reproches qu'on lui a faits, de très bons résultats et souvent des guérisons complètes.

BIBLIOGRAPHIE

(1) GAMA PINTO, de Lisbonne.— Traitement des affections du sac lacrymal. *Ann. d'oculistique*, 1892. I. p. 25.

(2) VIGNES. — Bull. Soc. méd. de l'Yonne, 1900. XII, p. 39.

(3) MIRO. — Acad. oftalm. de Barcelona, 3 janvier 1904 ; et arch. de oftalm. hisp. amer., février 904.

(4) J. W. JAVRY. — *Med. Record.* 19 déc. 1903.

(5) BOURGEOIS, de Reims. — Congrès soc. franç. d'opht. 3 mai 1893.

(6) BERRY. — *Brit. Medical Journ.* 13 octob. 1900.

(7) WINTER WAMSLEY. — *The Philadelphia Medical Journal* 1902 — X. p. 1015.

(8) TERSON. — Soc. française d'ophtalmologie, 4-7 mai 1891.

(9) S. SNELL. — *Ophtalmic Review*, avril 1895.

(10) SCHEFFELS. — *La Clin. opht.* 10 août 1898.

(11) LEONARD. — Recueil d'opht. Paris-1899. XXI, p. 641.

(12) CORPAS. — XIVe Congrès internat. de méd. Madrid 1903. et arch. de oftalm. hisp.-americ. Mai 1903.

(13) STEINITZ. — Cité par Antonelli.

(14) GUAITA, de Sienne. — Nouveaux procédé opératoire pour le traitement rapide de la dacryocystite (*Ann. d'ocul.* 1892, I. 30).

Consultations Médico-Chirurgicales

Zona et éruptions zoniformes

Professeur agrégé INGELRANS.

ZONA PROPREMENT DIT

INFORMATIONS CLINIQUES. — **I.** Un sujet de quinze à trente ans est pris de mal de tête, de nausées, de courbature avec un peu de fièvre : bientôt il se plaint d'une douleur intercostale assez intense, unilatérale, permanente, avec exacerbations régulières, surtout le soir et au début de la nuit, qui l'empêche de respirer à fond. Le médecin constate l'existence des points de Valleix, c'est-à-dire qu'à l'émergence des filets nerveux, en avant et en arrière, la douleur est réveillée par la pression ; mais la douleur spontanée déborde assez souvent les régions où la douleur est provoquée.

Peu après survient une éruption : rapidement surgissent, dans la région névralgiée, par éclosions successives des placards érythémateux ovalaires, non fusionnés, mais distants les uns des autres, sur lesquels se développent des vésicules d'herpès, transparentes, quelquefois larges comme des lentilles, à paroi solide, ne s'arrachant guère et de nombre indéterminé, qui lorsqu'elles arrivent au contact, se confondent en bulles : le liquide qu'elles renferment se trouble vers le cinquième jour, puis les éléments éruptifs se dessèchent, s'encroûtent, puis les croûtes tombent, laissant à leur place des cicatrices blanchâtres, quasi indélébiles. Pendant toute la phase éruptive, la douleur a persisté, avec hyperesthésie de la peau et cuisson : il y a de plus des zones d'anesthésie cutanée, semées çà et là dans le champ de l'éruption. L'éruption a lieu en un ou deux jours, tout est terminé en une douzaine de jours ; quelquefois pourtant on dépasse deux ou trois semaines avant d'arriver à la guérison. Quelle que soit la durée, on a affaire à un cas franc de *zona intercostal.*

La maladie ne récidive pas et confère l'immunité.

Peu ou pas douloureuse chez l'enfant, très douloureuse chez le vieillard, même l'éruption zostérienne finie, le zona intercostal est le plus fréquent de tous les zonas. Mais il est d'autres localisations : le zona cervical, occipital, brachial, lombo-inguinal, fémoral, sacro-ischiatique, pour ne citer que les moins rares ; mais il peut être double et symétrique, frapper plusieurs régions voisines ou distinctes et distantes entre elles. Mais il est aussi des complications, telles les paralysies musculaires, localisées au territoire envahi ou à distance, telles l'ulcération, l'hémorrhagie des vésicules.

II. Un adulte est atteint d'une éruption de zona siégeant d'un seul côté sur le front et la moitié antérieure du cuir chevelu : la tempe est respectée et la ligne médiane n'est pas franchie. Sa paupière supérieure est gonflée et tombante : elle est sensible et hypéresthésiée. Le malade ne peut plus la soulever : il existe de la photophobie et un larmoiement incessant. L'herpès zoster gagne ensuite l'aile du nez, la cornée, la conjonctive, d'où conjonctivite avec chémosis, vésicules ou ulcérations de la cornée. Tout peut se borner ; là mais parfois tout se complique, et alors c'est la kératite parenchymateuse avec opacités, ou l'iritis, ou même la panophtalmie, sans compter les paralysies de la troisième paire, les ophtalmoplégies, la paralysie faciale, etc. Tel est le tableau souvent grave du *zona de la branche ophtalmique du trijumeau.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Le zona vrai est cliniquement une éruption vésiculeuse, voisine de l'herpès, qui se fait sur le trajet de distribution cutanée d'une ou plusieurs racines postérieures de la moelle épinière. Effectivement, la maladie siège dans les ganglions des racines postérieurs mêmes : c'est une poliomyélite postérieure aiguë. Dans le zona ophtalmique, c'est le ganglion de Gasser qui est pris.

Il s'agit d'une maladie infectieuse et presque cyclique, souvent épidémique, immunisante. Favorisée par le froid, la dyspepsie chronique, il n'est pas démontré que le zona, soit une affection spécifique. Mais on le rencontre au cours de la fièvre typhoïde, de la variole, de la rougeole et de la syphilis.

Cette dermatoneurose s'accompagne de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et le sang présente les caractères du sang infectieux. Le zona doit donc être traité, non comme une maladie de la peau, mais comme une réelle maladie infectieuse avec éruption.

TRAITEMENT. — Le zona maladie étant une fièvre éruptive, une thérapeutique antiseptique générale n'empêchera pas son évolution presque cyclique, mais pourra peut-être parfois empêcher des complications.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Le sujet, à la rigueur,

pourrait être **isolé**, car il existe des épidémies de zona bien observées et tout-à-fait certaines : mais vraiment l'isolement ne sera de mise que si la facilité en est grande, étant donné la bénignité habituelle de la maladie.

TRAITEMENT CURATEUR. — Avant toute intervention, on recherchera les conditions étiologiques du zona afin de tirer quelque indication spéciale de cette notion. Ainsi, s'il est avéré que le zona vrai existe chez les tuberculeux, on dispute cependant sur la question de savoir s'il s'agit d'une infection spécifique née à la faveur de la déchéance de l'organisme ou d'une infection de nature vraiment tuberculeuse, bacillaire ou toxinique ? Généralisation de la bacillose ou manifestation prémonitoire de la tuberculose dans les deux hypothèses, l'intervention du bacille de Koch est suspectée ; aussi, il faudra faire avant tout le traitement de la tuberculose. De même pour le diabète, où la gangrène du zona est fréquente.

Le zona est simple. — S'il s'agit d'un zona simple, dès la phase gastrique qui marque si souvent le début de la maladie, on donnera un **purgatif**, on mettra le malade au régime lacté, si possible, et on fera de l'antisepsie intestinale, par le **benzonaphtol** ou le salol par exemple.

Les phénomènes généraux fébriles sont justiciables de la **quinine** à assez haute dose pendant les tout premiers jours.

Névralgies. — Les douleurs névralgiques qui accompagnent ou suivent l'éruption demandent une série de médicaments analgésiques : **antipyrine**, opiacés, aconitine, valériane, etc. Ces substances ont un effet marqué, tout au moins contre la névralgie initiale.

On peut user de l'association médicamenteuse suivante :

Sulfate de quinine............	25 centigrammes
Extrait d'opium...............	1 centigramme

pour une pilule. Trois par jour.

La **teinture de gelsemium sempervirens** a une action spéciale sur les douleurs zostériennes. On en prescrira quinze à vingt gouttes par jour.

Quand la douleur est assez violente pour empêcher le sommeil, donnez le **chloral**, le sulfonal, le trional, le véronal. Les injections hypodermiques de **morphine** deviennent dans quelques cas, nécessaires.

Éruption. — Localement, il est à désirer que les parois des vésicules ne se déchirent pas et que l'éruption se dessèche. Il faut donc **proscrire les applications cutanées chaudes ou froides** qui macèrent l'épiderme. On saupoudrera le zona avec de la **poudre d'amidon** mêlée d'un peu de poudre d'opium. En règle générale, rien d'irritant : du **talc** ou de l'oxyde de zinc avec de l'ouate par dessus peuvent suffire.

Si cependant, les bulles sont crevées et que des ulcérations se soient produites, recouvrez les plaies avec des corps gras ou des pommades : **pas de diachylon, mais l'onguent simple, la vaseline, la lanoline** ou la pommade suivante :

Cerat jaune....................	20 grammes
Huile d'olivier................	40 grammes
Extrait belladone ou extrait d'opium..................	6 centigrammes

ou une pommade à la cocaïne (Kaposi). Citons encore l'emplâtre de mélilot ou de ciguë (25 gr.), saupoudré de poudre d'opium (2 gr.), le **liniment oléo-calcaire** frais et boriqué ou phéniqué à un pour cent et la vaseline boriquée.

Le pansement doit être levé une fois par jour ; quand des portions de pansement ou d'ouate ont adhéré aux vésicules rompues, on laisse attaché ce fragment à la peau jusqu'à ce que la dessiccation soit complète (Besnier).

Le malade, avec un bon pansement protecteur, n'a pas besoin de garder la chambre : il peut vaquer à ses occupations, le frottement des vêtements ne pouvant déchirer les vésicules.

L'ouverture des éléments éruptifs avec une aiguille n'est pas recommandable. Le stypage, au contraire, s'il est bien fait, paraît un fort bon procédé. Dès le début de l'éruption, on applique un tampon chargé de **chlorure de méthyle**, sur chaque bouton efflorescent, jusqu'à production de la congélation (tache blanche en cupule). On promène le tampon sur tout le trajet nerveux, et une seule fois par jour. L'application sur l'éruption est assez douloureuse, mais on ne crée pas d'ulcérations. La projection directe de chlorure de méthyle à l'aide du siphon produirait une dermite vésicante fort pénible.

Les badigeonnages au collodion, les applications de solutions alcooliques fortes ne peuvent être utilisés que tout au début : de même, les attouchements au perchlorure de fer ou au nitrate d'argent. Ces moyens ne doivent pas en général être mis en œuvre.

On pourra faire des pansements humides à l'eau de Botot à condition de les renouveler plusieurs fois par jour et de recouvrir d'un imperméable fin et léger. De même, pour des compresses imprégnées de décoction de feuilles de coca (4 gr. par litre d'eau) additionnées de cocaïne (Besnier et Doyon).

L'orthoforme ou éther méthylique de l'acide amidoxybenzoïque est un anesthésique local : on en saupoudrera les régions atteintes ou bien on appliquera la pommade :

Orthodoforme	10 grammes
Oxyde de zinc }	
Huile d'amandes douces }	ãã 20 grammes
Cérat blanc }	
Baume du Pérou	X gouttes

A côté de ces traitements locaux s'adressant à l'éruption même, on doit ajouter qu'il est quelquefois possible de faire disparaître les douleurs en pratiquant une **saignée locale** abondante aussi près que possible du point d'émergence du nerf, mais sans intéresser la zone inflammatoire entourant les vésicules, ou la **ponction lombaire** : on a vu des guérisons, après extraction suivant le procédé ordinaire d'une vingtaine de centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Cette voie est rationnelle, étant donné nos connaissances sur la pathogénie ganglionnaire du zona.

Le zona est compliqué. — Si le zona prend des allures gangréneuses, on pansera à l'aide de poudres antiseptiques et absorbantes : charbon, quinquina, etc. additionnées d'iodoforme ou de salol. Plus tard, quand la guérison sera sur le point de venir, mettez sur les ulcérations qui ne sont plus enflammées des rondelles d'emplâtre rouge de Vidal.

Il arrive que, l'éruption une fois guérie, les douleurs persistent avec une intensité extrême. Alors seulement faites des pulvérisations de chlorure de méthyle au siphon, faites des injections hypodermiques de morphine, de cocaïne, de stovaïne, mettez largement des **pointes de feu** répétées à la racine du zona et aux points d'émergence des branches perforantes, employez enfin l'électrisation. Kaposi se loue, dans ces névralgies consécutives, de l'emploi de la quinine ou de l'arsenic.

Liqueur de Fowler	CCX gouttes
Eau de fenouil ou d'anis	250 grammes

une cuillerée à café par jour ; augmenter d'une chaque jour jusqu'à atteindre vingt.

Nous n'avons pas d'expérience de cette médication dans ce cas, mais nous savons que les douleurs sont fréquemment si vives que ce ne sera pas trop d'avoir de très multiples procédés à utiliser ; souvent même on sera amené à envoyer les malades à Plombières, Bourbonne, Ax ou Néris, avec de parfaits résultats chez beaucoup de malades que rien n'avait encore améliorés.

Les paralysies et les amyotrophies consécutives aux divers zonas réclament le traitement habituel des paralysies en général, en particulier l'électrisation, mais il faut se souvenir qu'elles peuvent être définitives et rebelles à toute tentative thérapeutique.

Il s'agit d'un zona ophtalmique. — Pour ce qui a trait au zona ophtalmique, si c'est surtout affaire d'oculistique, on ne doit pas ignorer qu'il est souvent grave et demande une thérapeutique strictement indiquée et suivie : la cornée, l'iris, le globe de l'œil, la rétine, le nerf optique peuvent être sérieusement compromis, sans compter qu'en dehors de toutes les complications de cet ordre, des cicatrices sont inévitables et qu'elles peuvent défigurer le malade pour toujours. « Le médecin, dit BESNIER, aura soin d'informer les intéressés des terminaisons diverses de la maladie et d'établir authentiquement, par le concours d'un confrère, qu'il n'a négligé aucun des secours de la thérapeutique. »

En règle générale, on appliquera le traitement ordinaire de l'herpès zoster : on y adjoindra des lavages antiseptiques des yeux et on appliquera des pommades comme :

Acide borique }	ãã 2 grammes
Oxyde de zinc }	
Vaseline	20 grammes

ou

Aristol	1 gramme
Cocaïne	0 gr. 20
Vaseline	20 grammes.

Contre des douleurs excessives, l'arrachement des filets de la branche ophtalmique pourrait être préconisé.

ÉRUPTIONS ZONIFORMES

I. Un homme en parfaite santé reçoit un coup dans le flanc ou sur le visage. Peu de temps après surgit une éruption herpétique suivant le trajet des nerfs de la région contuse : *éruption zoni-forme traumatique*.

II. Un sujet atteint de névrite périphérique, causée par l'oxyde de carbone, l'arsenic, l'iodure de potassium, l'ergotine, etc., peut également offrir une même *éruption zoniforme d'origine névritique et toxique*.

III. Au cours de la pneumonie, le bloc hépatisé irrite par voisinage les nerfs intercostaux : éruption zoniforme sur leur trajet. Même éruption possible dans l'ostéite tuberculeuse des côtes, dans les abcès par congestion, dans la phtisie pulmonaire, dans la pleurésie tuberculeuse.

IV. Chez les diabétiques, les urémiques, les tabétiques, les paralytiques généraux, les cachectiques, surviennent parfois des éruptions de même genre liées uniquement à des névrites périphériques. Ce n'est pas du zona vrai, pas plus que ce qui se passe au cours des myélites, des compressions de la moelle, du cancer vertébral, du mal de Pott, des fractures du rachis où les éruptions zoniformes souvent doubles et symétriques, ne tiennent souvent qu'à des compressions des ganglions spéciaux directement lésés ou même écrasés au cours de ces états morbides.

Toutes ces formes peuvent s'accompagner de douleurs parfois atroces et persistantes : le siège en est fort variable, l'évolution ulcéro-gangréneuse des vésicules est possible.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Les éruptions zoniformes suivent souvent le trajet des nerfs périphériques, plus rarement celui de la distribution cutanée

des racines postérieures. En tout cas, leur durée est variable et n'a rien de cyclique comme dans le zona vrai. On n'a ni les allures d'infection que comporte ce dernier, ni l'immunité qu'il confère : les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien font défaut.

La cause souvent permanente de ces éruptions zoniformes explique souvent leur ténacité et leur récidive, ainsi que leur topographie spéciale. Bref la distinction du zona d'avec les zostéroïdes en question est parfaitement justifiée : dès lors à pathogénie différente, traitement différent. Le dermatoneurose est ici secondaire : le traitement s'adressera à l'éruption en elle-même, mais avant tout à ses causes quelles qu'elles soient et on a vu leur multiplicité. L'état local du nerf commande toute l'éruption vésiculeuse.

TRAITEMENT. — On n'aura donc pas à se préoccuper de l'état gastrique qui n'existe pas ici. Le traitement de l'éruption, d'une part, celui de sa cause connue ou présumée de l'autre, dominent tout. Ainsi on pourra être amené, dans le zona post-traumatique, à pratiquer des **sections** ou des **élongations nerveuses**, si un tronc nerveux irrité ou enflammé maintient pendant assez longtemps des douleurs et une éruption herpétique sur son trajet.

Faut-il dire que dans les zostéroïdes de nature névritique, engendrés par l'oxyde de carbone, l'arsenic, etc. c'est la suppression du poison d'origine qui fera presque tous les frais de l'intervention médicale ? Les éruptions herpétiques au cours des névrites du diabète sont aussi volontiers hémorragiques ou gangréneuses que le zona vrai chez les glycosuriques. On se rappelle les règles que nous avons posées plus haut concernant la conduite à tenir en pareille occurrence.

Au cours de l'urémie, le régime doit intervenir avant tout pour combattre l'auto-intoxication. Les pottiques, les cachectiques, les cancéreux, etc., ne trouveront guère de ressources contre les douleurs intenses que leur causent leurs zonas névritiques : dans quelques circonstances, on pourrait être amené à pratiquer des sections nerveuses.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des Sciences** se tiendra à Lyon du 2 au 7 août prochain, sous la présidence de M. Lippmann, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; le vice-président est le Docteur Henrot, directeur de l'école de médecine de Reims, correspondant de l'Académie de médecine.

Seront étudiés dans la 12e section (Sciences médicales) sous la présidence de M. le docteur Teissier, professeur à la Faculté de médecine, les questions suivantes :

1° La Syphilis. — Pathogénie expérimentale. — Prophylaxie et réglementation.

2° Influence des rayons X sur le sang. Traitement des maladies hématopoiétiques.

3° Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle. Traitement de l'hypertension et, accessoirement, traitement du diabète.

4° Le phénomène de l'agglutination (valeur diagnostique et pronostique chez les tuberculeux).

5° Essais d'immunisation antituberculeuse. — Conférence du professeur Maragliano, de Gênes.

6° Pathogénie des ankyloses et particulièrement des ankyloses vertébrales.

7° Tuberculose du gros intestin. Indications de l'intervention chirurgicale.

Seront étudiées dans la 4e section (Odontologie), sous la présidence de M. le docteur Frey, professeur à l'Ecole dentaire de Paris :

Causes de la carie dentaire dans les différentes régions de la France. — Les manifestations dentaires de l'arthritisme. — Les ciments-porcelaine. — Les articulateurs.

Seront étudiées dans la 19e section (Hygiène et Médecine publique), sous la présidence de M. le docteur Courmont, professeur à la Faculté de médecine de Lyon :

1° Le dispensaire antituberculeux de Lyon (type d'organisation pouvant se réaliser dans toutes les grandes villes).

2° Du rôle des urines typhiques dans la propagation de la fièvre typhoïde.

3° Stérilisation des eaux potables par l'ozone.

4° Résultats que peut produire un bureau municipal d'hygiène (15 ans de fonctionnement à Lyon).

UNIVERSITÉ DE LILLE

A l'occasion du 14 Juillet, MM. les professeurs Barrois et Oui ont été nommés *Officiers de l'Instruction publique* ; MM. les docteurs Le Fort, professeur agrégé, Louis, chef de travaux, M. Ricquiet, chef de travaux, ont été nommés *Officiers d'Académie*. Nous adressons à ces confrères et collègues nos bien sincères félicitations.

— Parmi les distinctions honorifiques accordées à des médecins de la région du Nord à l'occasion du 14 juillet, nous relevons avec satisfaction la promotion du docteur Desmons (de Lille), au *grade d'officier de la Légion d'honneur*. Que ce confrère veuille bien agréer toutes nos félicitations.

— Les mardi 10 et mercredi 11 Juillet, ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs Dubar, président, Carlier, de Lille, Peugniez et Moulonguet, d'Amiens, et M. le professeur agrégé Gaudier, de Lille, les épreuves du concours pour un emploi de Suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et de

clinique obstétricale à l'école d'Amiens. Deux candidats étaient en présence : MM. les docteurs PAUCHET et JULLIEN, d'Amiens.

Le sujet de la question écrite était : *Creux poplité, anévrysme artério-veineux.*

Le sujet de l'épreuve de médecine opératoire fut : *La résection de l'épaule.*

A l'épreuve clinique, les candidats eurent à examiner un malade atteint d'*ostéite tuberculeuse du troisième métacarpien droit* et une *femme du service d'accouchements.*

A l'épreuve orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, la question sortie de l'urne était : *Hernie inguinale congénitale.*

A la suite des épreuves, pour la plupart très réussies, M. le docteur PAUCHET a été présenté pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école de médecine d'Amiens.

— Le jeudi 12 juillet ont eu lieu devant un jury composé de MM. le professeur DEBIERRE, président, les professeurs agrégés GAUDIER et GÉRARD (G.), assesseurs, les épreuves du concours pour les **prix de 1re année de médecine.** *Le cervelet* a été le sujet de la question écrite ; les candidats ont eu à préparer ensuite *le court fléchisseur plantaire.* M. PÉLISSIER a été proposé pour cette récompense.

— Le jeudi 12 juillet ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs LAGUESSE, président, WERTHEIMER et BEDART, assesseurs, les épreuves du concours pour le **prix de 2me année de médecine.** La question écrite avait pour sujet : *Fonctions de la branche ophtalmique de Willis et du ganglion ophtalmique ; les variétés du tissu conjonctif.* Après reconnaissance de quatre coupes microscopiques, le jury a proposé M. VANHAECKE pour le prix, MM. PEPY et VOUTERS pour une mention.

— Le jeudi 12 juillet ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs FOLET, président, BAUDRY, LAMBRET, assesseurs, les épreuves du concours pour le **prix de 3me année de médecine.** A l'écrit le sujet traité a été : *Traitement de l'occlusion intestinale* ; restaient dans l'urne : *Prolapsus du rectum, corps étrangers des voies aériennes.* L'épreuve pratique comportait la *désarticulation du poignet* ; après une épreuve orale de clinique externe, le jury a proposé M. TRAMBLIN pour le prix, M. BRICOUT pour la mention.

— Le jeudi 12 juillet ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs CHARMEIL, CURTIS, DELÉARDE, les épreuves du **prix de 4me année de médecine.** A l'écrit sortit le sujet : *Zona, ligature du cordon ombilical.* Les épreuves clinique et anatomo-pathologique eurent lieu conformément au règlement ; le jury n'a point proposé de récompense.

— Le jeudi 12 juillet ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs LESCŒUR, VERDUN, DOUMER, les épreuves du concours pour le **prix de 1re année de pharmacie.** Sortit de l'urne la question écrite : *Etablir par des exemples les diverses affinités des hémosporidies.* A l'épreuve orale, les candidats eurent à traiter le *phosphore dans le régime animal* et comme physique *osmose*. M. LEULIEZ fut proposé pour le prix, M. BOUCHEZ pour une mention honorable.

— Le jeudi 12 juillet ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs LAMBLING, DOUMER, GÉRARD (Ernest), les épreuves du concours pour **le prix de 2e année de pharmacie.** Le sujet de la question écrite était : *bases de la théorie des ions.* A l'oral sont sortis *la vanilline, l'aldéhyde formique, formol et formiates au point de vue pharmacologique.* Le jury a proposé M. BURY pour le prix. MM. HUSSON et LESCARCELLE pour la mention.

— Le jeudi 12 juillet ont eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs FOCKEU, VERDUN, VALLÉE, les épreuves de concours pour le **prix de 3e année de pharmacie.** Le sujet de la question écrite était *origine des matières organiques de l'ammoniaque, des nitrites, des nitrates dans l'eau ; dosages des matières organiques, de l'ammoniaque et des nitrates dans l'eau* ; à l'oral, les candidats traitèrent *les produits tirés des conifères*, et durent reconnaître vingt préparations zoologiques. Après des épreuves vraiment remarquables, M. BRUYANT a été proposé pour le prix.

— Le vendredi 13 juillet a eu lieu devant un jury composé de MM. les professeurs DUBAR, CARLIER, LAMBRET, les épreuves du concours pour le **prix Parise.** A l'écrit sortit de l'urne : *Hématocèle de la tunique vaginale* ; restaient dans l'urne : *Du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et de ses complications. Tuberculose du rein.* L'épreuve pratique consista en une *désarticulation du coude* ; l'épreuve clinique, en l'examen d'un malade atteint de *tumeur blanche du genou.* M. BUTRUILLE (Paul) a été proposé pour le prix Parise.

— La Commission de surveillance de l'**asile d'aliénés de Bailleul**, ayant décidé la création d'un second poste de médecin en chef, par arrêté ministériel, M. le docteur MAUPATÉ, directeur médecin en chef de l'asile de la Charité (Nièvre), vient d'y être nommé.

M. le docteur MAUPATÉ n'est pas un étranger pour notre région ; il fut médecin adjoint dans ce même asile.

Nous lui adressons nos meilleurs souhaits de bienvenue avec nos félicitations.

— Ont été nommés dans le cadre de **médecins de réserve et de l'armée territoriale**, au grade de médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale, M. le doc-

teur VAN HEDDEGHEM, de Fives-Lille (Nord); au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve, MM. les docteurs D'HERBOMEZ, de Béthune (Pas-de-Calais); CARETTE, de Marles-les-Mines (Pas-de-Calais); FAUCON, de Lille (Nord); LEGRAS, de Cambrai (Nord); LECLERCQ, d'Orchies (Nord); DUHAIN, de Wattrelos (Nord); DARRAS, de Valenciennes (Nord); BRABANT, de Somain (Nord).

— Nous relevons, avec satisfaction, parmi les **médailles** attribuées aux médecins du **Service des enfants assistés**, les médailles de bronze accordées à MM. les docteurs COQUIDÉ, de Frévent (Pas-de-Calais), et RICHARD, de Boiry-Sainte-Rictrude (Pas-de-Calais).

SOUTENANCES DE THÈSES

— M. E.-J. DELOBEL, de Marcoing (Nord), a soutenu avec succès, le lundi 16 juillet, sa thèse de doctorat (n° 33), intitulée : **L'arsenic et l'état actuel de la médication arsenicale.**

— M. F.-A.-A. BOULY, d'Arleux (Nord), a soutenu avec succès, le lundi 16 juillet 1906, sa thèse de doctorat (n° 34), intitulée : **Des mouvements volontaires dans la syringomyélie.**

UNIVERSITÉS

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — M. le docteur MENUET, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux d'histoire naturelle.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. le docteur GOINARD, suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions du 18 février au 31 octobre 1907.

Faculté de médecine de Lyon.— M. le docteur HUGOUNENQ, professeur de chimie biologique, est élu doyen en remplacement de M. le professeur LORTET, démissionnaire pour raisons de santé.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur ALBARRAN, agrégé des Facultés, est nommé professeur de clinique des maladies des voies urinaires.

M. le docteur THOINOT, agrégé des Facultés, est nommé professeur de médecine légale.

Distinctions Honorifiques

Légion d'honneur. — Sont promus : *grand officier* : M. le docteur GENTIT, médecin-inspecteur général; *commandeur* : M. le docteur CATTEAU, médecin-inspecteur; *officiers* : MM. les docteurs BENECH, inspecteur; CALMETTE, ISAMBERT et DELRIEU, médecins principaux de 1re classe; JARRY et VUILLEMIN, médecins principaux de 2e classe; BERCHER, GROS et POMMAY, médecins-majors de 1re classe; DECOURS et DESMONS, de la territoriale; HALLOPEAU, membre de l'Académie de médecine; *chevaliers* : MM. les docteurs ARNOULD, AUGIAS, ECOT, DELABORDE, GARY, JANOT, MOURET, PELTIER, PROVENDIER, ROUGET, VIÉRON, médecins-majors de 1re classe; BOURDON et JACQUIN, du corps de santé des colonies; BAILLY, BOUCHET, CAVALIER-BENEZET, COSTE, médecins-majors de 2e classe; RICARD, de la territoriale, ZUCCARELLI, aide-major de réserve.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs JUVENTIN, de Nice (Alpes-Maritimes). PLÉDRAN, de Maulevrier (Maine-et-Loire). BOISSAT, de Foug (Meurthe-et-Moselle). STÉPHANN, d'Alger (Alger). MARCAILHOU D'AYMERIC, d'Ax (Ariège).

PHILIPPART, de Gommegnies (Nord). Nous adressons à la famille de ce confrère l'expression de nos sincères condoléances.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Les eaux sulfurées des Pyrénées et spécialement de Luchon, leurs indications, leurs applications thérapeutiques**, par le docteur PELON, Montpellier, *Delord Bœhm*, 1905.

— **Des précautions que doivent prendre les malades avant, pendant et après la cure montdorienne**, par le docteur S. JEANNEL, Clermont-Ferrand, *Montlouis*, 1906.

— **Quelques considérations sur le traitement des neurasthéniques**, par le docteur E. GAUCKLER, Paris, *Steinheil*, 1906.

— **Traitement de la surdité par l'insufflation des vapeurs sulfureuses de Luchon**, par le docteur AUDUBERT, Bordeaux, *Delbrel*, 1906.

— **Les Eaux-Bonnes considérées comme station d'altitude**, par le docteur CAZEAUX, Paris, *Doin*, 1906.

— **Les eaux ferrugineuses agissent-elles uniquement en tant que forme d'administration du fer**, par MM. les docteurs WYBAUW et VANDEWEYER, Bruxelles, *Severeyne*, 1906.

— **Action physiologique de l'hydrothérapie**, par le docteur WYBAUW, Paris, *Nouvelle Imprimerie*, 1905.

— **Technique du traitement des tumeurs blanches**, par le docteur F. CALOT, Paris, *Masson*, 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.
Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 498. Dixième Année. N° 30. Le Numéro : **10** centimes 29 Juillet 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de la Charité

Service de M. le professeur **Dubar**

De la torsion axiale de l'utérus

Par MM.

J. Drucbert, ancien chef de clinique chirurgicale et **M. Leroy,** chef de clinique chirurgicale.

La torsion axiale de l'utérus est beaucoup moins connue que celle des tumeurs de l'ovaire, ou des fibromes sous-péritinéaux pédiculés. C'est un fait d'observation rare, et il est aisé de comprendre que lorsqu'un organe court, trapu et musculeux comme l'utérus sert de pédicule à une tumeur ovarique ou fibromateuse, il offre aux causes qui sollicitent la torsion de cette tumeur une bien plus grande résistance que ces pédicules grêles et allongés qu'ont souvent les kystes et fibromes de l'ovaire.

Les cas de torsion de l'utérus autour de son axe sont donc en petit nombre, et surtout les cas où la torsion est accentuée ; aussi nous sommes heureux de signaler le cas suivant que nous avons pu observer :

Observation. — Notre malade est une femme de 54 ans, bien réglée depuis l'âge de 11 ans ; ses règles ont toujours été très abondantes, nullement douloureuses, durant seulement 3 à 4 jours ; nullipare et vierge, cette femme a eu à 44 ans une ménopause sans aucun trouble, survenue brusquement sans aucune diminution d'abondance ou de durée, sans interruption des dernières règles.

Elle était déjà un peu forte du ventre, mais avait une santé excellente ; à partir de sa ménopause, notre malade remarqua qu'elle grossissait, mais surtout du ventre, qui devenait dur. Il n'y avait aucune douleur, la malade ne prit pas garde à son état. C'est seulement en août 1904, à l'occasion d'une crise de douleurs abdominales violentes, qu'elle fit appeler le docteur Lepoutre, qui posa le diagnostic de fibrome ; la malade refusa l'opération ; elle eut encore deux petites crises les jours suivants puis tout rentra dans l'ordre.

En octobre 1905, survient une nouvelle crise ayant tous les caractères de la première : douleurs abdominales violentes, durant quelques minutes, ne s'accompagnant pas de vomissements et un peu calmées par le repos au lit ; mais ces crises devinrent plus fréquentes, la malade finit par conserver une douleur permanente dans le flanc gauche, augmentant chaque fois qu'elle se livrait au moindre travail fatigant. Le ventre augmentait de volume plus rapidement.

La malade entre alors dans le service de M. le professeur Dubar. C'est une femme petite, nullement amaigrie, ayant toute l'apparence d'une bonne santé générale.

Son ventre est le siège d'une tumeur volumineuse développée surtout dans le flanc gauche ; cette tumeur est dure, nullement fluctuante, de consistance uniforme, régulièrement arrondie, sans bosselures et mate à la percussion ; on la déplace assez facilement d'un flanc à l'autre. Au toucher vaginal, on constate que le col est attiré profondément vers l'abdomen ; il est petit ; l'utérus paraît refoulé à droite et adhérent à la tumeur, il se meut avec elle. Les culs-de-sac du vagin sont libres ; il n'y a aucune inclusion de la tumeur dans les ligaments larges.

La malade est opérée le 11 janvier 1906 ; à l'ouverture de l'abdomen apparaît une tumeur nacrée semblable à un kyste de l'ovaire ; on essaie de la ponctionner, mais le trocart à kyste ne pénètre pas ; pour l'enlever en bloc, on agrandit l'incision ; la tumeur, plus grosse qu'une tête d'adulte, est attirée hors de la plaie et l'on constate alors que son pédicule est constitué par l'utérus lui-même, dont la portion cervicale et la partie inférieure du corps se sont considérablement étirées ; de plus ce pédicule utérin est tordu de deux tours de spire complet, dans le sens des aiguilles d'une montre. On fait la détorsion et l'on se trouve en présence d'un pédicule grêle et allongé qu'on sectionne au-dessus d'un clamp et qu'on lie par une ligature en chaîne. Cette hystérectomie se fait donc on ne peut plus aisément ; aussi aisément que s'il s'agissait de sectionner un pédicule de kyste de l'ovaire.

Il n'y avait pas d'adhérence de la tumeur à l'épiploon ni à l'intestin ; elle n'avait pas une couleur ou une vascularisation pouvant faire croire à un trouble apporté par la torsion dans sa circulation. La malade guérit sans aucun incident. La tumeur était constituée par un myome kystique développé dans la corne gauche de l'utérus ; il n'y avait pas d'autres tumeurs dans la paroi.

Avant d'étudier en détail la question de la tension axiale de l'utérus nous nous proposons de passer brièvement en revue les cas peu nombreux publiés jusqu'à présent, en les rangeant en deux catégories suivant qu'il y avait une tumeur utérine ou ovarique.

A. Torsion consécutive à l'existence d'une tumeur utérine

Observation I. — **Virchow** (1). F. 62 ans, vierge, souffrait de péritonite tuberculeuse chronique, morte de pneumonie. A l'autopsie : myome gros comme une tête d'homme, son pédicule est assez court ; l'utérus est très allongé et la tumeur en se tordant lui a fait faire un tour autour de son axe en sorte qu'au niveau de l'orifice interne du col où il est atrophié, il ne forme plus qu'un cordon grêle. La cavité du col ne communique plus avec celle du corps utérin.

Observation II. — **Küster** (2). F. 34 ans. Diarrhée violente durant depuis 8 huit ; mort par collapsus. L'utérus contenait de nombreux myomes en partie calcifiés, interstitiels et sous-péritonéaux ; l'utérus avait fait autour de son axe, deux tours et demi ; le col était étiré en un long cordon de l'épaisseur du doigt.

Observation III. **Schrœder** (4). Dans son traité de gynécologie cet auteur dit : « J'ai vu moi-même au cours d'une laparotomie pour myome, une torsion de plus d'un demi-tour de la tumeur et de l'utérus ; elle avait causé une colossale hémorrhagie de la tumeur. »

Observation IV. — **Frommel** (3) et (28). Femme de 40 ans, nullipare ; ménopause depuis un an. La tumeur qu'elle portait depuis 11 ans a beaucoup augmenté depuis cette époque ; tour du ventre 1 m. 15.

Opération le 19 mars 1883. L'épiploon adhérent à la tumeur fournit de gros vaisseaux à sa paroi ; on le réséque.

A l'incision de la tumeur, il s'écoule 25 à 30 litres de liquide brunâtre sanguinolent. Cette tumeur fibrokystique s'insère sur le fond de l'utérus dont la partie supravaginale est tordue en sorte que l'ovaire gauche est en avant, et le droit en arrière.

Ablation de la tumeur ; guérison.

Observation V. — **Frommel** (13) et (28). F. 32 ans, nullipare ; tumeur datant de 2 ans ; a eu depuis 9 mois 4 crises abdominales inflammatoires d'intensité croissante. Opération le 20 octobre 1883. Ascite. Myome sans adhérence implanté sur la partie gauche du fond de l'utérus qui est tordu sur son axe en sorte que l'ovaire gauche est en arrière et à droite. Ablation du myome. Guérison.

Observation VI. — **Schultze** (5) et (6). F. 44 ans ; 7 accouchements ; l'avant-dernier il y a 8 ans ; le dernier il y a 2 ans ; l'existence d'une tumeur a été constatée il y a 5 ans ; elle n'a causé aucun trouble pendant la deuxième grossesse ni à l'accouchement qui a été spontané. Depuis quelques mois, accroissement rapide et douleurs ; tour de ventre : 102 cm. Laparotomie le 9 mai 1887 ; myome œdémateux de la partie antérieure de l'utérus qui est tordu de 180° ; après ablation de la tumeur qui était située en avant, l'utérus se détend et l'on voit que la tumeur s'était développée dans la paroi postérieure.

Observation VII. — **Küster** (10). Tumeur datant de 15 ans chez une malade de 42 ans, nullipare, qui ne se plaint que de la gène causée par le poids et le volume de la tumeur, et de douleurs abdominales et lombaires.

Laparotomie. 7 septembre 1890. Myome de 5.650 gr. inséré sur le fond de l'utérus ; celui-ci est tendu de 180° de gauche à droite ; après avoir débouché et enlevé la tumeur, l'ovaire qui était à gauche et en avant est revenu à droite et en arrière La malade guérit.

Observation VIII. — **Treub in Timmero** (13). Femme de 48 ans ; ménopause depuis 2 ans 1/2 ; le ventre grossit depuis 4 ans. Il y a 4 semaines, douleur brusque dans le bas-ventre avec pouls petit et extrémités refroidies ; bientôt ces symptômes aigus régressent mais le ventre grossit rapidement.

Laparotomie le 15 novembre 1890. Ablation d'une tumeur utérine qui avait de nombreuses adhérences à la paroi et aux anses intestinales ; le col aminci sert de pédicule à la tumeur ; l'utérus est tordu de 180°. Le myome, intestinal, très mou, infiltré, est gangrené en partie ; les deux ovaires sont tuméfiés et rouge foncé par suite d'extravasations sanguines. La malade guérit.

Observation IX. — **Pick** (12). Femme de 56 ans, 5 accouchements ; son ventre augmente depuis 8 ans ; il y a 6 ans qu'elle n'est plus réglée. Il y a quelques mois, elle eut des douleurs violentes dans le ventre avec fièvre légère ; elle se purgea et tout rentra dans l'ordre. Elle entre à nouveau pour constipation depuis plusieurs jours ; le ventre est ballonné. On donne des lavements profonds. Mort subite par ambolie pulmonaire partant des veines du bassin.

Un myome de 20 cm. de diamètre est fixé à la partie antérieure de la core utérine gauche par un pédicule court et large. Les ovaires et les trompes sont ecchymotiques, l'utérus a fait autour de son axe 2 tours complets de 360°, de gauche à droite. Péritonite ; caillots sanguins récents sur la tumeur et dans le bassin. L'S iliaque et les anses grêles adhèrent fraîchement à l'utérus, aux annexes et à la tumeur qui est en dégénérescence muqueuse à sa partie supérieure.

Observation X. — **John Homans** (14). Tumeur datant de 16 ans chez une femme de 58 ans. Le 3 février 1891, douleurs

abdominales violentes ; 6 février symptômes nets de péritonite ; pneumonie † mort le 14 mars. Myome sénile du fond de l'utérus qui a fait un demi tour sur son axe ; il n'y avait plus de communication entre les cavités du col et du corps utérin.

Observation XI. — **Tédenat**, in Imbert (15). Femme de 40 ans, avec 2 grossesses normales, la dernière il y a 12 ans. Fibrome gros comme un utérus de 8 mois. Opérée le 7 novembre 1891. Fibrome gros comme une tête d'adulte, et dont le pédicule large de plusieurs centimètres est formé par l'utérus élongé et contourné sur lui-même de 90° de gauche à droite. Ablation de la tumeur, guérison. Rien de saillant n'avait marqué la production de cette tension qui d'ailleurs était faible.

Observation XII. — **Van Holst** (16). F. 32 ans, 2 accouchements, le dernier il y a 8 ans. Prise brusquement en novembre 1893 de douleurs abdominales avec vomissements ; après quelques jours les phénomènes péritonéaux rétrocèdent, mais il reste des douleurs intenses.

Laparotomie le 13 décembre. Ascite sanglante ; tumeur violacée très vasculaire insérée sur le fond de l'utérus ; elle est tordue de droite à gauche de 120° ; après ablation de la tumeur on fixe l'utérus à la paroi à cause du prolapsus qui existait auparavant. Dans ce cas on avait d'abord pensé à un kyste de l'ovaire, comme l'hystéromètre ne pouvait franchir le col allongé par le prolapsus, on avait cru à un utérus de profondeur normale.

Observation XIII. —**Goffe** (17). Femme de 45 ans. Gros myome intestinal de la paroi postérieure de l'utérus qui se présente à la vue dès l'ouverture de l'abdomen, par suite d'une tension de 180°. Section au niveau du col utérin. Guérison.

Observation XIV. — **Küstner** (24), à la suite d'une lésion sur la torsion axiale de l'utérus dit qu'il a observé trois nouveaux cas de torsion, dont un par myome et deux par tumeur ovarique.

Observation XV. — **Schultze** (32). Vierge de 27 ans. Règles profuses avec caillots ; troubles urinaires surtout pendant les règles ; déjà 6 ans auparavant on a constaté l'existence d'une tumeur. Laparotomie le 5 juin 1894. La masse principale de la tumeur, dépendant du fond de l'utérus a tordu celui-ci de 180° ; les annexes sont un peu gros mais normaux ; on enlève le myome et quelques petits autres interstitiels et sous séreux. Guérison.

Observation XVI. — **Holowko** (36). Femme de 30 ans ; il y a 3 ans on a constaté l'existence d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant, et siégeant au niveau du fond de l'utérus ; depuis a eu 2 accouchements et une perte avec suites sans accidents. Bientôt après le dernier qui eut lieu en février 1896, crises de douleurs violentes qui obligent la malade à garder le lit ; le ventre grossit et est douloureux. Pouls à 120 ; température 39°1. On pense à une tumeur de l'ovaire tordue. Les phénomènes de péritonite s'amendent. Laparotomie le 23 septembre 1896 ; tumeur adhérente à l'épiploon et au col transverse, insérée sur le fond de l'utérus dont le col est tendu autour de son axe de 360° de gauche à droite. Le col est grêle et étiré, on le lie et on enlève l'utérus. Le canal cervical était perméable. Guérison. La tumeur était un myome à dégénérescence myxomateuse avec nombreux extravats sanguins ; il pesait 5.000 gr. Holowko attribue la torsion à la grossesse.

Observation XVII. — **Demantké** (22). Femme de 38 ans, secondipare. En juin et en juillet 1896, violents accès de douleurs avec hémorrhagies, puis développement lent du ventre. Laparotomie le 26 janvier 1897. Ablation supravaginale de l'utérus pour un myome interstitiel de 1.770 gr. avec torsion de l'utérus de 180° de gauche à droite. Hystérectomie. Guérison.

Observation XVIII. — **Toth** (33). Secondipare de 52 ans, ménopause depuis 6 ans ; le ventre grossit lentement depuis 4 ans ; plus vite depuis 7 mois. Fréquemment nausées, vomissements, dyspepsie. Laparotomie ; ascite, adhérences à l'intestin. Fibrome kystique et télangiectasique de la paroi utérine antérieure, le col est grêle et tordu de 180°. On enlève tout l'utérus.

Observation XIX. — **Schultze** (32). Femme de 58 ans, ménopause à 48 ans ; tumeur abdominale constatée déjà il y a 28 ans. En septembre 1897, douleurs dans les reins et le côté gauche, s'irradiant dans la jambe gauche. 23 octobre 1897. Laparotomie ; tumeur dont le pédicule grêle et tordu est formé par la partie supérieure du vagin et le col ; il y a deux tours complets de gauche à droite. Amputation de l'utérus au niveau du col.

Observation XX, XXI et XXII. — **Johannowsky** (29). 1° Multipare de 51 ans, torsion axiale produite par un myome interstitiel.

2° Primipare de 45 ans, torsion de 90° produite par un myome sous séreux. Hystérectomie. Guérison.

3° Femme de 39 ans ayant eu 3 enfants ; torsion de 90° de gauche à droite par un myome volumineux. Hystérectomie, guérison.

Observation XXIII. —**Ehrendorfer** (34). Femme de 36 ans, nullipare, douleurs lombaires et abdominales, depuis 6 mois, augmentation rapide du volume du ventre ; difficultés pour aller à la selle. Laparotomie. Fibromyome gros comme une tête d'enfant implanté en arrière et à gauche, tordu de 180° de droite à gauche. Hystérectomie, guérison. Cette torsion paraissait due à la direction oblique prise par la tumeur pendant son développement, c'est-à-dire de droite à gauche, de haut en bas et d'avant en arrière, la formation d'adhérences multiples entre l'utérus, la vessie et le rectum, aurait favorisé cette direction en immobilisant une partie de l'utérus.

Observation XXIV. — **Micholitsch** (37). Femme de 58 ans, nullipare, ménopause à 54 ans. Fibrome datant de 15 ans, gros comme une tête d'adulte. A été prise brusquement pendant une des nuits précédentes, de douleurs violentes dans le bas ventre ; depuis plusieurs années, elle était sujette à des crises analogues mais qui se calmaient facilement. On trouve à l'opération une tumeur violacée, adhérente de fraîche date aux organes voisins ; ce fibrome est gros comme une tête d'adulte, est tordu de trois fois 180°, dans le sens des aiguilles d'une montre au niveau du col ; hystérectomie supravaginale. La tumeur renferme des portions kystiques et d'autres calcifiées : le col est allongé et grêle comme un crayon ; malgré la torsion il était perméable à la sonde.

Observation XXV. — **Reinprecht** (38). Tumeur utérine avec grossesse de plusieurs mois. Crise de douleurs abdominales avec vomissement ; opération césarienne et hystérectomie : l'enfant est vivant et pèse 2.320 gr. Nombreux petits myomes dans la paroi ; un plus volumineux et pédiculé est attaché à la partie postérieure du fond de l'utérus qui est tordu sur son axe ; il est en partie gangrené.

Observation XXVI. — **Semmelinck** (42). Femme de 40 ans ; crises douloureuses qui durent depuis trois semaines ; un fibrome sous-séreux a produit une torsion axiale de l'utérus de 180°. Le col et le corps ne tiennent plus que par une bande de tissu très mince.

Observation XXVII. — **Stratz** (45). Nullipare de 57 ans ; ménopause sans troubles à 52 ans ; fibrome qui n'est remar-

qué que depuis un an. 17 juin 1901, crise soudaine de douleurs abdominales, la tumeur grossit rapidement ; la malade est pâle et très faible. La température atteint 38°5 le 23 juin. Opération le 25 juin 1901. T. 39°2. Laparotomie, sérosité hémorrhagique dans le péritoine ; quelques légères adhérences; le myome qui pèse 10 kilogr. attaché sur le fond de l'utérus a tordu celui-ci de 180° de droite à gauche. Hystérectomie, guérison. Cette torsion avait produit les neuf premiers jours de l'hyperémie veineuse et de l'œdème du tractus génital situé au-dessus de la torsion, et dans les 3 derniers jours de l'inflammation péritonéale décelée par la fièvre, l'ascite, et les adhérences fraîches.

Observation XXVIII. — **Ricard** (44). L'utérus était complètement séparé du col au niveau de l'insertion vaginale ; il n'y tenait que par un mince cordon formé par les seuls feuillets séreux tordus sur eux-mêmes. Le fibrome qui avait occasionné cette torsion siégeait sur la face postérieure du corps. Les trompes s'étaient complètement enroulées autour de ce dernier. La femme a parfaitement guéri.

Observation XXIX. — **Faure** (46). Secondipare de 39 ans. Il y a deux ans, violentes douleurs abdominales qui ont duré 3 jours, puis ont reparu à l'époque correspondant aux règles qui n'ont pas paru. Le ventre grossissait, la malade se crut enceinte ; au bout de quelques mois il ne survint rien qui confirma la possibilité d'une grossesse et l'on s'aperçut qu'il s'agissait d'une tumeur. Laparotomie le 12 mai 1903. Tumeur adhérente à l'épiploon avec les gros vaisseaux, fixée par un pédicule gros comme le petit doigt autour duquel la trompe s'est enroulée. Section du pédicule, on dégage la tumeur et on résèque l'épiploon adhérent. Ligature du pédicule. Guérison. Il s'agissait d'un fibrome de 11 kg. attaché à la corne utérine gauche par un pédicule épais ; l'isthme de l'utérus avait fait un tour de spire environ de gauche à droite.

B. Torsion consécutive à l'existence d'une tumeur ovarique

Observation XXX. — **Freund** (8). Jeune fille de 21 ans ; a été réglée seulement deux fois à 19 ans ; fort amaigrissement ; fièvre, pleurésie double ; tour de corps : 83 cm. Tumeur dure montant jusqu'à l'épigastre ; ascite abondante. Opération le 15 novembre 1886. Epiploon adhérent en deux endroits de la tumeur ; l'utérus est tordu sur lui-même de 180° de gauche à droite, en sorte que la tumeur qui dépend de l'ovaire gauche se trouve du côté droit de l'utérus ; c'est un cystosarcome. Il y a en même temps fibromyome de l'ovaire droit. Ablation ; la malade est revue 2 ans plus tard, en bonne santé.

Observation XXXI. — **Schultze** (in Siebers (7). Femme de 58 ans, 4 enfants, ménopause en 1882 ; en février 1887, hémorrhagie prolongée qui s'est répétée et est devenue profuse depuis mai. Prolapsus utérin avec inversion complète du vagin en avant ; cavité utérine 14 cm. Laparotomie le 8 juin 1888. Tumeur adhérente à l'épiploon, à l'intestin, aux parois abdominales antérieure et postérieure ; ayant 10 à 12 cm. de diamètre ; composée de t. conjonctif cellulaire avec bandes de t. muqueux et extravats sanguins et développée dans l'ovaire droit. L'utérus a des parois épaisses ; il est tordu d'environ 180° ; on le sectionne à ras du col. Mort de collapsus le 7e jour.

Observation XXXII. — **Schultze** (32). Femme de 25 ans : grossesse normale il y a 3 ans. Le ventre grossit depuis octobre 1888. Opération le 24 mai 1889. Tour du ventre : 92 cm. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche dont une des poches contenait 4 litres de liquide brun, et dont le pédicule est tordu de quatre demi-tour. L'utérus lui-même est tordu de 180°.

Observations XXXIII à XXXVI. — **Freund** (9). Papillome de l'ovaire gauche dont le pédicule était extrêmement court ; il n'était pas tordu, mais l'utérus tournait vers le côté droit sa face antérieure en sorte qu'il y avait torsion de 90°.

Grande tumeur polykystique de l'ovaire droit dont le large pédicule n'était pas tordu, mais tout l'utérus avait pivoté en masse autour de son axe longitudinal faisant ainsi une torsion de 180°.

Grand kyste tuboovarion du côté droit ; un court segment de la trompe et un petit morceau d'ovaire non dégénéré servaient de pédicule ; à cet endroit il n'y avait aucune torsion. L'utérus en antéflexion était refoulé en haut et vers la gauche en même temps que tordu énergiquement autour de son axe longitudinal.

Tumeur polykystique ordinaire ; pédicule long et très large adhérent à l'épiploon ; l'utérus était tordu de 90° de la gauche vers la droite.

Observation XXXVII. — **Küstner** (10). Femme ayant eu 4 accouchements, le dernier il y a 10 ans ; la paroi abdominale affaiblie permet de reconnaître une tumeur kystique très mobile grosse comme une tête d'homme et largement adhérente au côté droit de l'utérus.

Laparotomie le 28 août 1890. Kyste uniloculaire à long pédicule du paraovarium gauche ; ce pédicule est tordu de 360° de droite à gauche; l'utérus est tordu de 180° dans le même sens au niveau de son isthme ; cette dernière torsion a été la conséquence de celle de l'ovaire. L'ovaire droit sain se trouvait placé en avant et à gauche.

Observations XXXVIII et XXXIX. — **Küstner** (24). Cet auteur à la suite d'une leçon sur la torsion axiale de l'utérus signale qu'il en a observé deux nouveaux exemples dans des cas de tumeurs ovariennes. Ce sont sans doute les deux cas observés en 1894-1895 et publiés en 1900 dans la thèse de son élève Sonnenfeld.

Femme de 47 ans, 7 accouchements normaux, le dernier il y a 1 an 1/2 ; depuis 2 ans 1/2 la malade a des douleurs dans le côté gauche, son ventre est plus gros et la miction et la défécation sont gênées.

On trouve à l'opération un kyste de l'ovaire ; l'utérus est tordu de 180° de gauche à droite. Ponction et ablation du kyste ; mort de péritonite le 2e jour.

Femme de 48 ans, ni accouchement, ni pertes depuis quelques mois, pesanteur dans le côté droit, on constate l'existence d'une tumeur mobile. A l'opération, on trouve un fibrosarcome kystique de l'ovaire qui a provoqué une torsion de l'utérus de 180° de gauche à droite. Ablation de la tumeur. Guérison.

Observation XL. — **Lœhlein** (19). Femme de 25 ans dont le ventre augmente de volume depuis 2 ans 1/2 ; au début il n'y eut aucune douleur, mais en octobre 1893, à la suite d'une grossesse, la tumeur devient douloureuse ; fréquentes difficultés d'uriner. Opération le 14 janvier 1894 ; kyste ovarique dont le pédicule était tordu de 3 tours; l'utérus était tordu de presque 180°.

Observation XLI. — **Lœhlein** (19). Femme de 32 ans qui a eu 4 accouchements, le dernier en mai 1893. 6 semaines après, douleur dans le ventre à droite, puis à gauche. En décembre 1893 douleurs avec rétention d'urine pendant une semaine. Opération le 12 avril 1894. Kyste de l'ovaire qui a tordu l'utérus en sorte que le côté droit est à gauche. Le pédicule ovarique a fait un tour de torsion.

Observation XLII. — **Kreutzmann** (30). Femme de 36 ans, nullipare bien que mariée depuis 20 ans ; tumeur datant d'un an a augmenté progressivement de volume, et donne lieu à des douleurs. On constate à l'opération que c'est un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche non adhérent et qui s'est placé dans le côté droit du ventre en tendant l'utérus sur son axe ;

il y avait en plus de multiples fibroïdes utérins. On enlève le kyste et l'utérus. Guérison.

Observation XLIII. — **Schultze** (32). Femme de 47 ans ; accouchement normal il y a 17 ans ; avortement tubaire à 3 mois en mars 1888 ; en 1890, fréquentes douleurs abdominales ; on constate l'existence d'une tumeur. Entre à la clinique en août 1894 à la suite d'une nouvelle crise ; tour de ventre : 79 cm. Laparotomie le 7 septembre 1894. Kyste de l'ovaire gauche tordu plusieurs fois et ayant tordu l'utérus de 180°.

Observation XLIV. — **Switalski** (27). Femme de 35 ans ; six grossesses normales, la dernière en mai 1896 ; le ventre est resté gros et en juillet, on a constaté l'existence de la tumeur. En octobre, douleurs brusques, la malade entre avec le diagnostic de péritonite. Laparotomie. Kyste de l'ovaire droit gros comme une tête. Son pédicule a tourné de gauche à droite de 540° et entraîné l'utérus qui est tordu de 90°. Il y a un hématome dans le ligament large droit. Hystérectomie et ovariotomie ; mort de péritonite le 3e jour.

Observation XLV. — **Lœhlein** (25). Femme de 42 ans, 3 accouchements normaux ; le 22 octobre 1896 à la sixième semaine d'une quatrième grossesse, à la suite d'un effort, hémorrhagie importante. On constate le 7 février 1897 que l'utérus est rétrofléchi et qu'il y a dans le bassin une tumeur kystique grosse comme une tête d'homme. Ovariotomie le 10 février 1897. Kyste non adhérent de l'ovaire gauche : le bord gauche de l'utérus est attiré du côté droit en sorte que la tension est de 130 à 140°. La grossesse se poursuit normalement.

Observation XLVI. — **Schultze** (32). Femme de 43 ans ; 3 accouchements normaux, le dernier en mars 1894. Après ce dernier le ventre est resté gros. Depuis 6 mois la tumeur a rapidement augmenté ; il y a des douleurs et de fréquents besoins d'uriner. Tour de ventre : 102 cm. Laparotomie le 13 juillet 1897. Kyste de l'ovaire droit adhérent ; son pédicule est tordu de 360° et l'utérus tordu de 180°. Ablation. Guérison.

Observation XLVII. — **Küstner**. in Schultze (32 p. 170). Femme de 60 ans ; 5 accouchements, le dernier il y a 33 ans; ménopause il y a 14 ans. Le ventre est plus dur et plus fort depuis un an. Opération le 7 décembre 1897. Grosse tumeur polykystique de l'ovaire droit ayant tordu l'utérus de 130° Ponction et ablation ; aussitôt, l'utérus se remet spontanément en position normale.

Observation XLVIII. — **Fraenkel** (23). L'auteur signale dans une ovariotomie faite quatre semaines après un accouchement que le pédicule de la tumeur ovarique était tordu de 270° et l'utérus de 90°.

Observation XLIX. — **Johannowsky** (29). Secundipare de 36 ans dont les parois abdominales sont d'une extrême flaccidité ; kyste de l'ovaire gauche dont le pédicule s'est tordu deux fois sur son axe et a tordu l'utérus de 90°.

Observation L. — **Winter** (39). Nullipare de 44 ans ; augmentation du ventre depuis deux ans, s'est effectuée lentement, mais avec des sensations de pesanteur, et des douleurs dans les jambes qui sont souvent enflées.

L'hystérométrie ne donne qu'un centimètre et demi. 30 mars 1899. On enlève un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche qui n'est pas tordu ; mais son pédiculé très court a entraîné l'utérus qui petit et mou est tordu de 180° en sorte que l'ovaire droit est venu se placer en avant. Mort de shock 13 heures après l'opération. Le kyste contenait 2 litres de liquide chocolat, il adhérait au cœcum, aux anses grêles et à l'épiploon.

Observation LI. — **Woertz** (41). Fille de 19 ans est prise brusquement de violentes douleurs abdominales avec fièvre, et gonflement du ventre. Opération. Kyste de l'ovaire dont le pédicule est tordu deux fois et demi ; l'utérus est tordu de 180°. Il se remet en place spontanément après l'ablation de la tumeur.

Voici donc résumées les observations qui avec la nôtre portent à 52 les cas publiés de torsion axiale de l'utérus ; pour être complet il faudrait y ajouter le travail suivant dont nous avons trouvé la simple mention dans l'année chirurgicale de 1898 et que nous regrettons vivement de n'avoir pu nous procurer. Il est intitulé : Polak, 8 cas de torsion de l'utérus sur un axe par myome. Wien. Klin. Rundschau 1898. p. 685. Si ces 8 cas sont inédits cela ferait un total de 60 cas.

Etiologie. — Le fait capital de l'étiologie, c'est l'existence d'une tumeur soit implantée directement sur l'utérus, soit rattachée à lui par un pédicule ; il s'agit en ce dernier cas d'un fibrome sous-péritonéal ou d'une tumeur ovarique. Sur les 52 cas que nous avons rassemblés, nous trouvons 30 fibromyomes utérins et 22 tumeurs de l'ovaire. En général le volume de ces tumeurs était gros ; un fibrome kystique contenait 25 à 30 litres de liquide, dans 6 cas la grosseur d'une tête d'adulte est indiquée ; dans 3 autres cas la tumeur pesait 5.650 fr., 10 kilog. et 11 kilog. par contre des tumeurs grosses comme des têtes d'enfant, une de 1.770 gr. ont causé la torsion. La plupart des fibromes étaient sessiles et insérés sur le fond de l'utérus, ou sur la face postérieure ; deux étaient pédiculés. En ce qui concerne les tumeurs ovariques, ce sont des kystes multiloculaires le plus souvent, cependant on trouve un papillome, un fibrosarcome et un kyste tuboovarien. Nous n'avons pas rencontré d'observation de torsion causée par une salpingite, le fait est cependant possible.

L'âge des malades n'a aucune influence ; la torsion est plus fréquente à l'âge où les tumeurs s'observent de préférence c'est-à-dire à l'âge mûr ; 20 cas, sur 42 où l'âge est indiqué concernent des femmes de 35 à 50 ans ; au dessus de 35 ans on trouve 11 cas (la plus jeune malade avait 19 ans), les 11 malades restantes ont plus de 50 ans, dont une 60 et une autre 62 ans.

La grossesse a sûrement une influence favorisante, en rendant plus lâche la paroi abdominale, ce n'est cependant pas une condition indispensable ; sur 38 cas où des renseignements sont fournis à ce sujet, on trouve 5 primipares, 6 secundipares, 3 III pares, 3 IV pares, et 3 V pares ; une malade a eu 6 enfants et deux autres 7 enfants ; une est simplement mentionnée comme multipare. Mais en regard nous trouvons 14 vierges et nullipares.

Dans l'observation XXV, c'est au cours même de la grossesse que la torsion s'est produite et l'opération césarienne suivie d'hystérectomie a permis de recueillir un enfant vivant.

Anatomie pathologique. La torsion axiale de l'utérus siège au niveau de la portion sus-vaginale du col utérin qui ordinairement se trouve amincie par l'élongation que lui fait subir la tumeur en se développant dans la cavité abdominale. Dans

les trois quarts des cas (18 sur 24 où le fait est spécialement noté) la torsion a eu lieu de gauche à droite, c'est-à-dire dans le sens des aiguilles d'une montre. Cette torsion est elle-même plus ou moins accentuée. Elle est parfois d'un quart de tour; un déplacement si peu étendu mérite à peine d'être mis au rang des torsions, car il ne s'accompagne d'aucun trouble notable. Dans la majorité des cas, on trouve que les annexes droites sont fixées du côté gauche, l'utérus a pivoté de 180°, sa face antérieure est devenue postérieure. Le tableau suivant nous montre que les fibromes utérins déterminent parfois des torsions beaucoup plus accentuées que les kystes de l'ovaire ; il n'y a pas d'exemple de kyste ayant tordu l'utérus de plus d'un demi-tour.

Degré de torsion	Fibromes	Tumeurs ovariques
90°	4	5
120° à 150°	2	2
180°	12	12
360°	3	»
1 tour 1/2	1	»
2 tours	3	»
2 tours 1/2	1	»
Nombre de cas où le degré de tension est indiqué.	26	19

Sur les 22 cas de tumeur de l'ovaire, dans 10 cas le pédicule de la tumeur s'est tordu puis le mouvement de torsion s'est transmis à l'utérus qui a tourné autour de son axe ; dans les autres cas, il s'agit de tumeur plus ou moins sessiles ou adhérentes au corps de l'utérus ; et le bloc formé par la tumeur et l'utérus unis, s'est tordu en masse au niveau de la portion amincie constituée par le col utérin.

En général quand la torsion est accentuée, le col se transforme en un cordon de plus en plus grêle à mesure que la tumeur l'étire en se développant ; dans notre observation, celles de Küster (Obs. II) de Faure (Obs. XXIX) le col était gros comme un doigt ; dans celle de Micholitsch (Obs. XXIV) il est grêle comme un crayon ; dans celle de Semmelinck (Obs. XXVI) il est réduit à une bande de tissu mince, enfin dans celle de Ricard il ne reste plus que les deux feuillets séreux accolés et tordus sur eux mêmes. Les trompes s'enroulant autour du col aminci donnent à ce pédicule un aspect qui rappelle celui du cordon ombilical.

La cavité cervicale est souvent oblitérée au point tordu, en sorte qu'elle ne communique plus avec la cavité utérine ; cette imperméabilité du canal cervical est signalée même pour des torsions assez faibles, de 180° comme dans les obs. X et L. Par contre dans des torsions plus accentuées : 360° (Obs. XVI) et 3 fois 180° (Obs. XXIV) le canal cervical est resté perméable.

La torsion de la tumeur produit une réaction péritonéale qui se traduit par un épanchement ascétique plus ou moins abondant, mais bien souvent teinté de sang (voir obs. XII et XXVII) ; puis la réaction augmentant il se forme des adhérences entre la tumeur et les organes voisins, épiploon, anses grêles, rectum, vessie, paroi abdominale ; l'existence d'adhérences fraîches constatées au cours de l'opération et notamment relatée dans les observations IV, VIII, XVI, XXIV, XXXVII, XXIX, XXX, XXXI. Dans certains cas les adhérences épiploïques sont pourvues de gros vaisseaux qui compensent les troubles de circulation produits par la torsion.

Ces troubles sont dus surtout à la gêne de la circulation veineuse ; la tumeur violacée, ne tarde pas à s'œdématier, aussi s'accroît-elle rapidement ; s'il s'agit de fibromes kystiques ou de kystes de l'ovaire, leur contenu devient sanguinolent ; la dégénérescence muqueuse avec extravasations sanguines est souvent notée dans les tumeurs solides ; Treub et Reinprecht ont même observé de la gangrène. Les annexes qui dans le mouvement de torsion se sont enroulés autour de l'utérus peuvent aussi être le siège de troubles circulatoires allant de la simple rougeur, de l'ecchymose légère, jusqu'à la tuméfaction avec extravasations sanguines (Obs. VIII).

Symptomatologie. — Il en est de la torsion axiale de l'utérus comme de celle des kystes de l'ovaire ; la lésion peut être brusque, aiguë, ou se constituer par poussées successives, ou enfin s'établir chroniquement, d'une façon torpide, sans éclat.

Dans la torsion aiguë, il s'agit d'une tumeur qui s'est rapidement tordue, ou plus souvent d'une tumeur dont la torsion jusque-là progressive et lente s'exagère brusquement ; l'étranglement des vaisseaux détermine des phénomènes dramatiques et une réaction violente qui simule la péritonite aiguë. La douleur est subite et vive ; son intensité peut aller jusqu'à provoquer la syncope ; cette douleur qui a son maximum dans la région hypogastrique s'irradie dans tout l'abdomen, dans le rachis, la région lombaire et les membres inférieurs. La malade prend le facies péritonéal, les traits sont altérés, le nez pincé, les yeux excavés et cernés ; les joues sont pâles ; les aliments sont rejetés et dans les cas graves, à ces vomissements alimentaires et muqueux, succèdent de véritables vomissements porracés de péritonite. Il y a souvent absence de matières et de gaz. Le pouls est petit et dépressible, la rapidité compense sa faible tension ; la respiration est embarrassée, l'endolorissement de l'abdomen gênant le jeu du diaphragme. La fièvre peut manquer ; elle était légère dans le cas de Pick; dans celui de Stratn elle allait jusqu'à 39°2 le matin.

A l'examen de la malade on constate la tuméfaction de l'abdomen causée et par la tumeur et par la réaction péritonéale ; le palper est très douloureux et les muscless se contractent quand on tente de déprimer la paroi ; la tumeur est elle-même douloureuse à la pression et lorsqu'on cherche à la mobiliser. Si le chirurgien avait déjà vu la malade auparavant il pourra constater l'augmentation du volume de cette tumeur.

Si la maladie est abandonnée à son évolution naturelle, elle a une terminaison fatale ; les douleurs, les vomissements épuisent la malade, le collapsus s'accentue et l'état général va s'ag-

gravant jusqu'à la mort. La malade de Küster (Obs. II) meurt après avoir eu une diarrhée intense pendant 8 jours ; celle d'Homans prise d'accidents de torsion le 5 février, de péritonite le 6 février, meurt le 14 mars de pneumonie. Dans des cas heureux les phénomènes aigus régréssent et la malade n'est plus inquiétée que par l'accroissement rapide de la tumeur ; c'est ainsi que la malade d'Holowko ayant eu sa crise aiguë en février fut opérée en septembre, que celle de Treub fut opérée quatre semaines après la crise.

Le plus souvent après une accalmie passagère de nouvelles crises de douleurs apparaissent ; la malade de Pick qui mourut subitement avait eu deux crises à quelques mois d'intervalle ; celle de Demantké eut deux crises en juin et juillet et fut opérée 6 mois plus tard ; la malade de Micholitsch avait des crises depuis plusieurs années ; une de celles de Frommel eut quatre crises d'intensité croissante ; notre malade avait eu deux crises.

La torsion à forme lente est souvent une trouvaille au cours de l'opération ; il n'y a souvent dans ce cas qu'un faible degré de torsion, 180° au maximum. Le phénomène le plus constant en pareil cas est l'accroissement rapide de la tumeur ; les douleurs vagues, les nausées, les coliques dont se plaignent parfois les malades, les gênes de la miction et de la défécation n'ont rien de caractéristique et en pareil cas rien ne fait soupçonner la torsion.

En examinant la malade on constatera l'existence d'une tumeur, le col sera plus élevé que normalement mais s'il est perméable à l'hystéromètre il sera difficile de penser à une torsion ; même si l'hystéromètre ne pénètre pas, le fait s'explique aussi bien par la présence d'un fibrome sous muqueux.

Pronostic. — Abandonnée à elle-même la torsion axiale de l'utérus est un accident grave surtout lorsqu'il s'agit de torsion brusque ; trois malades sont mortes avant l'opération, des opérées trois seulement sont mortes, celle de Schultze (obs. XXXI), morte de collapsus au 7e jour ; celles de Küstner (obs. XXXVIII) et de Switalski (obs. XLIV) mortes de péritonite au 2e et au 3e jour.

Si nous défalquons le cas de Virchow qui est une trouvaille d'autopsie, nous avons pour 51 cas six morts dont trois survenues avant qu'on ait pu opérer les malades ; les 48 cas opérés fournissent donc 3 décès soit une mortalité de 6,25 %. Il faut remarquer que les 30 cas de fibromes ont fourni les 3 décès survenus avant l'opération mais que par contre aucune des 27 opérées n'est morte ; c'est la série des 22 tumeurs de l'ovaire qui a fourni les trois morts post-opératoires. Le nombre des cas est encore trop minime pour pouvoir juger si la torsion axiale de l'utérus est plus grave dans le cas de kyste ovarique ou dans le cas de fibrome utérin.

Dans deux observations il s'agit de malades enceintes ; dans celle de Reinprecht la crise douloureuse, la gangrène partielle du myome qui causait la torsion n'empêchèrent pas d'avoir par une césarienne un enfant vivant pesant 2.320 gr. ; dans celle de Lohlein (obs. XLV) où l'on fit l'ovariotomie, la grossesse continua normalement.

Diagnostic. — Il y a dans la forme aiguë tout un cortège symptomatique commun aux affections qui s'accompagnent d'une violente réaction péritonéale. Le diagnostic différentiel est donc très difficile, surtout lorsque la tumeur est petite et qu'on n'a pas pu constater son existence par un examen antérieur. Il est en effet difficile en pleine crise, à moins d'endormir la malade de pouvoir l'examiner suffisamment bien pour obtenir un diagnostic ferme. Cependant nous signalerons quelques ymptômes qui peuvent permettre de différencier la torsion axiale, ou tout au moins d'écarter certaines causes d'erreur. L'hématocèle rétroutérine et l'inondation péritonéale s'accompagnent souvent de métrorrhagies ; souvent il existe une tumeur dans le cul de sac postérieur, et l'utérus, refoulé en avant, en paraît distinct ; il y a dans les commémoratifs un arrêt ou un retard des règles.

Dans l'appendicite la douleur est localisée au début, tant qu'il n'y a pas de péritonite généralisée, ordinairement il y a peu ou pas de défense musculaire du côté gauche.

Chez des malades qui ont de la constipation causée par la tumeur tordue, les symptômes rappellent assez bien une occlusion intestinale, mais la constatation de la tumeur fera rejeter le diagnostic d'iléus.

Du reste en présence des phénomènes observés, dans le cas de kyste de l'ovaire il est tout naturel de penser de préférence à un tension du pédicule du kyste ; dans le cas de fibrome on croira facilement à l'existence d'une tumeur sous-péritonéale à pédicule tordu.

Comme on le voit, dans bien des cas, le diagnostic exact n'est pas possible, il est difficile de constater la torsion de l'utérus par la palpation et le toucher ; l'hystérométrie ne donne pas de renseignements utiles. Il y a en effet des utérus tordus, dont la cavité reste perméable, par exemple le cas de Micholisch où il y avait pourtant torsion d'un tour et demi ; des utérus allongés ayant conservé une portion profonde de 5 à 8 cm. accessibles à la sonde en imposeront pour une tumeur des annexes ou un fibrome sous péritonéal avec utérus de profondeur normale.

L'impossibilité d'introduire l'hystéromètre se rencontre également lorsque la cavité utérine est déviée ou effacée par une tumeur interstitielle ou sous-muqueuse.

Dans les torsions lentes le diagnostic ne sera souvent pas fait, les phénomènes péritonéaux observés n'ayant rien de pathognomonique on pourra songer plutôt à un sphacèle d'un fibrome, à la tension lente d'un kyste de l'ovaire. Par contre l'existence de la tumeur plus facilement décelable que dans les torsions aiguës, fait que le diagnostic présente moins d'intérêt, au point de vue des indications thérapeutiques.

Traitement. — Si nous en jugeons par notre cas, la torsion

axiale de l'utérus (quand elle est poussée à un tel degré que l'utérus n'est plus rattaché que par un cordon grêle) simplifie la technique opératoire ; le pédicule a été pincé dans un clamp et serré dans une ligature en chaîne avec une facilité remarquable. Une faible torsion de 90° à 180° n'ajoute aucune complication à la technique habituelle de l'hystérectomie, il suffit de tordre avant d'enlever la tumeur, ou de supprimer celle-ci, la détorsion se faisant ensuite spontanément.

Dans les observations anciennes on voit que des opérateurs ont laissé l'utérus après avoir énucléé les fibromes ; Ehrendorfer a enlevé l'utérus avec pédiculisation externe ; depuis on fait des ablations totales ou supravaginales.

Dans le cas de kyste de l'ovaire, la conduite des chirurgiens a consisté à enlever le kyste après ou sans ponction, à détordre l'utérus en le conservant s'il était sain ; en le supprimant ainsi que les annexes de l'autre côté en cas de lésions bilatérales. Lœhlein dans son cas compliqué de grossesse a enlevé le kyste ovarique et conservé l'utérus ; la grossesse peut se poursuivre normalement ; il est certain que la conservation de l'utérus s'impose en cas de grossesse dans un utérus normal. A part sa torsion dans un cas où l'utérus tordu était a la fois gravide et fibreux, Remprecht a fait la césarienne suivie d'hystérectomie. En cas de torsion lente l'opportunité de l'intervention est discutable et subordonnée à l'état général et local de la malade et à l'influence que la tumeur peut avoir sur la grossesse indépendamment de sa torsion. S'il s'agit de phénomènes aigus mettant en danger les jours de la mère, l'existence de la grossesse ne change en rien la décision à prendre ; il est naturellement indiqué d'intervenir d'urgence sans trop se fier à la thérapeutique d'expectation pour calmer la réaction péritonéale. Si l'utérus entrait en contraction pour chasser le produit de conception, sa torsion axiale viendrait singulièrement compliquer l'expulsion.

L'étude de la torsion axiale permet on le voit d'envisager des circonstances et des déterminations intéressantes qu'il nous est impossible de développer dans ce travail déjà long ; avec le temps les cas se multiplieront et permettront sans doute d'indiquer avec plus de précision, en se basant sur l'expérience clinique, les solutions que comporte cette question si intéressante des rapports de la grossesse avec la torsion axiale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1865 1. Virchow. Die Krankh. Geschwülste. t. III, p. 161.
1872 2. Küster. Beit. z. Geb. n. Gyn. v. Gesells. f. geb. Berlin, p. 7.
1884 3. Frommel. Arztl. Intelligenzbl. Munich. XXXI, p. 101.
4. Schrœder. Kroenkh. d. weib. Geschl. p. 228.
1887 5. Schultze. Corresp. d. allg. ærzt. Ver. in Thüringen, p. 245.
6. Skutsch. Centralb. f. Gyn. p. 652.
1888. 7. Siébers. Thèse d'Iéna, n° 33, p. 15.
1889. 8. Freund. Zeitsch. f. Geb. n. Gyn. p. 147.
1890 9. **Freund.** Volkmann's klin. Vort. n° 361. p. 20.
10. **Küstner.** Centralb. f. Gyn. p. 785.
11 **Moulo.** Thèse de Paris n° 152.
1891 12. **Pick.** Prag. med. Woch. p. 219.
13. **Timmers.** Thèse de Leyde.
1892 14. **Homano.** Americ. J. of Obst. t. XXV. p. 339.
15. **Imbert.** Montpellier médical, janvier.
1894 16. **V. Holot.** Centralb. f. Gyn. p. 267.
1895 17. **Goffé.** Americ. J. of Obst. t. XXXI, p. 93.
18. **Kreutzmann.** San Francisco County. Méd. Soc. décembre.
19. **Læhlein.** Gynæk. Tagesfragen, p. 8.
1896 20. **Kreutzmann.** Pacific Méd. J. Février.
21. **Schwarz.** Académie de médecine, 8 décembre.
1897 22. **Demantké.** Thèse de Paris, n° 534. p. 91.
23. **Fraenkel.** Jahresbericht. d. Frauen Heilanstatt in Breslau, p. 5.
24. **Küstner.** Veits Handb. d. Gynæk. t. I. p. 110.
25. **Lœhlein.** Deutsche med. Woch. n° 16.
26. **Planque.** Thèse de Paris, n° 525.
27. **Switalski.** Krak. Gyn. Gesellsch. in mon. f. Geb. n. gyn. p. 543.
1898 28. **Frommel.** Centralb. f. Gyn. p. 577.
29. **Johannovsky.** Mon. f. Geb. n. Gyn. Bd. VIII. p. 358.
30. **Kreutzmann.** Centralb. g. Gyn. p. 873.
31. **Polak.** Wien. Klin. Rundchau. p. 685.
32. **Schultze,** Zeitsch. g. Geb. n. Gyn. Bd. XXXVIII. p. 157.
33. **Toth.** Kgl. Ungar. Aertz. Ver. z. Buda-Pesth, in Centralb. f. Gyn. p. 84.
1899 34. **Ehrendorfer.** Mon. f. Geb. n. Gyn. p. 301.
35. **Ferroni.** Ann. di Ostet. e. gin. di Milano p. 342.
36. **Helowko.** Centralb. f. Gyn. p. 270.
37. **Micholitsch.** Zeitsch. f. Geb. n. Gyn. B. XL p. 276.
38. **Reinprecht.** Wien. klin. Woch. p. 784.
39. **Winter.** Centralb. f. Gyn. p. 1190.
1900 40. **Sinnenfeld.** Thèse de Breslau, n° 36.
41. **Woertz.** Centralb. f. Gyn. f. 885 et Mon. f. Geb. n. Gyn. p. 68.
1901 12. **Semmelink.** B. z. Geb. n. Gyn. t. V. p. 352.
1902 43. **Mond.** Soc. de gyn. de Hambourg, 28 janvier.
44. **Ricard,** Soc. de Chir. 11 juin.
45. **Stratz.** Zeits. f. Jeb. n. Gyn. p. 430.
1903 46. **Faure.** Soc. de chir. 13 mai. Soc. anatom. 15 mai. Tribune méd. p. 294.
1904 47. **Barozzi.** La gynécologie, p. 481.

Méningite purulente post-pneumonique

par MM. **P. Butruille** et **J. Minet**, internes des hôpitaux

Nous venons d'observer, dans le service de M. le professeur agrégé Bué d'abord, de M. le professeur Combemale ensuite, une malade qui, après avoir fait une pneumonie classique, au

huitième ou neuvième jour de laquelle elle accoucha spontanément avant terme, mourut en quelques jours d'accidents méningés.

Nous n'avons pas la prétention d'insister ici sur les accidents méningés se produisant au cours ou au déclin de la pneumonie ; bien décrits, au point de vue clinique, par **Grisolle** (**Traité de la Pneumonie**). magistralement étudiés par **Netter** au point de vue bactériologique (**Ach. gén. de Médecine**, 1887), les accidents méningés d'origine pneumonique ont donné naissance à une innombrable quantité de travaux, et leur évolution comme leur pathogénie sont actuellement bien connues.

Nous désirons simplement faire remarquer que l'intérêt du cas observé par nous réside d'abord dans la coexistence d'une grossesse et d'une pneumonie, grossesse qui se termina, nous l'avons dit, par un accouchement spontané avant terme ; ensuite et surtout dans l'apparition tardive des phénomènes méningitiques ; le diagnostic de méningite fut possible seulement le 5 mai, alors que la pneumonie avait débuté le 31 mars 1906. Assurément les symptômes pneumoniques n'étaient pas disparus, et il semblait bien que la maladie avait évolué vers l'hépatisation grise ; assurément la courbe thermique avait présenté, les 19 et 20 avril, de brusques ascensions, et, selon **Netter**, une hyperthermie inattendue et inexplicable, au cours ou dans le déclin d'une affection à pneumocoques, doit faire songer à la méningite. Il n'en reste pas moins que les vomissements apparurent seulement le 6 mai, et ne furent suivis que le lendemain de phénomènes méningitiques tout à fait indubitables. Il y avait pourtant, au niveau de la convexité et même au niveau de la base du cerveau, une infiltration purulente qui, semble-t-il, aurait dû occasionner plus tôt des signes cliniquement appréciables de lésions méningées.

OBSERVATION. — D... Blanche, 36 ans, ménagère, entre dans le service de M. le professeur **Combemale** le 1er mai 1906 (salle Sainte-Clotilde). Elle descend de la Maternité, où elle est soignée depuis environ un mois.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de bien intéressant : sa mère est morte à 49 ans, de cardiopathie. Son père est mort d'une affection aiguë dont elle ignore la nature. Elle a un frère et une sœur habituellement bien portants.

Dans ses antécédents personnels, on ne note aucune maladie antérieure : la malade est tout à fait affirmative à ce sujet, elle n'a jamais eu aucune affection, fébrile ou autre, qui l'ait obligée à interrompre son travail, si l'on excepte le temps qu'elle passa à l'hôpital d'Amiens, où elle subit l'opération d'hystéropexie. Réglée pour la première fois à quinze ans, elle le fut, depuis lors, très régulièrement. Elle a déjà mis au monde sept enfants. La première grossesse, datant d'avant son mariage, a évolué seulement jusqu'au huitième mois, et l'enfant est mort douze jours après sa naissance ; le père de ce premier enfant est mort tuberculeux au régiment. La deuxième grossesse fut normale ; l'enfant, âgé aujourd'hui de huit ans, est en bonne santé. La troisième grossesse, normale aussi, donna un enfant qui mourut en bas âge. De même la quatrième grossesse, ayant évolué normalement, donna un enfant qui mourut à quatre mois de diarrhée infantile, à l'époque où la mère fut opérée d'hystéropexie à Amiens. La cinquième grossesse débuta trois mois après l'opération, évolua normalement, et donna un enfant chétif, âgé aujourd'hui de quatre ans. La sixième grossesse, elle aussi, évolua normalement, et donna un enfant en état de mort apparente, qui vit cependant, bien que très chétif. La septième grossesse enfin, la dernière, celle qui a amené la malade à la Maternité, a paru être aux environs du septième mois lors de l'entrée de la malade dans ce service.

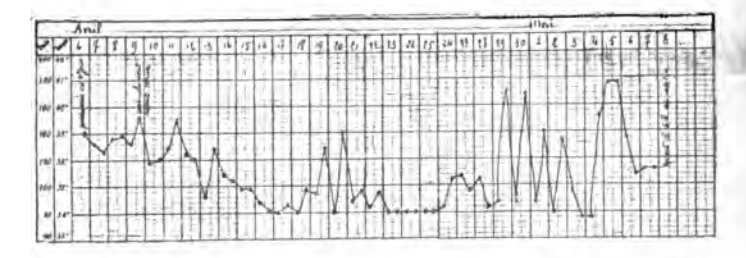
D... Blanche entre donc à la Maternité le 6 avril 1906. Elle raconte que, le 31 mars, c'est-à-dire six jours auparavant, elle a eu un grand frisson qui se prolongea un certain temps, et un point de côté violent à droite et en arrière. Elle est très affaiblie ; elle tousse beaucoup, crache très peu, et dit ne pas avoir eu d'expectoration rouillée. On lui trouve, à ce moment, tous les signes classiques d'une pneumonie de la base droite : matité, exagération des vibrations, souffle tubaire, râles crépitants abondants, bronchophonie ; température 39°. M. le professeur agrégé **Bué** institue un traitement intensif, local et général.

Le 9 avril, trois jours après son entrée, la malade accouche prématurément d'un enfant vivant, du poids de 1,475 gr.

Le 10 avril, les signes de pneumonie existent toujours ; il se produit une abondante débâcle de crachats rouillés. La température se maintient dans les environs de 39°.

Le 13 avril, après une décharge urinaire et une abondante diarrhée, la température tombe à 37°. L'état général paraît meilleur ; néanmoins, il persiste toujours de gros râles à la base droite, avec un souffle tubulaire intense dont le maximum siège à la partie moyenne du poumon droit.

Le 19 et le 20 avril, la température, qui s'était maintenue pendant plusieurs jours aux environs de 36°, remonte brusquement le soir vers 39°. Puis elle redescend, et reste autour de 36° jusqu'au 28 avril.



Le 29 avril, dans la soirée, on note une brusque ascension thermique à 40°5. Le 30, au matin, défervescence, aussi brusque, à 36°6. Le 30 au soir, le thermomètre remonte à 40°4, pour redescendre le 1er mai au matin, à 36°4. C'est alors que la malade descend de la Maternité dans le service de médecine.

Elle donne à ce moment, à première vue, l'impression d'une grande infectée : elle est pâle ; les traits sont tirés et angoissés ; elle reste couchée dans le lit, où elle peut à peine se remuer, tant le moindre mouvement paraît être douloureux. Elle est constipée depuis plusieurs jours déjà, et cette constipation n'a cédé à l'administration ni d'une purgation, ni d'un lavement. Le sphincter vésical ne fonctionne plus, et la malade urine sous elle sans s'en apercevoir. Du côté des organes génitaux, il n'y a aucun signe d'infection : elle ne perd pas, et l'utérus, examiné à l'aide du palper bimanuel, est revenu à son volume normal.

La malade expectore des crachats purulents très abondants. A l'examen du poumon, on trouve, dans presque toute la hauteur du poumon droit, sauf au sommet, de la matité, et de l'exagération des vibrations vocales à la palpation. A l'auscultation, on perçoit un souffle tubaire très intense, ayant son maximum dans l'aisselle. Il y a partout des bouffées de gros râles, très nombreux ; de la bronchophonie, et de la pectoriloque aphone ; le signe du sou est négatif. A la radioscopie, le poumon droit apparaît obscur, sauf au sommet, obscurité

surtout marquée au niveau de la partie moyenne. Le poumon gauche est intact.

Il n'y a rien à noter du côté du cœur, sauf sa rapidité (le pouls bat à 120). Le foie est très gros, il déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt ; la rate est percutable.

La température, tombée à 36° le 3 mai dans la soirée, remonte le 4 à 39°6, et le 5 à 40°8. A ce moment, la malade commence à vomir ; ses vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, se font absolument sans efforts ; on pose alors le diagnostic de vomissement cérébral, et de méningite probable, bien qu'il n'y ait point d'autre signe méningé, à part la constipation, qui persiste opiniâtre.

Le lendemain, 6 mai, les symptômes de méningite se sont précisés : le ventre, très balonné, est sonore, et sa paroi ne se laisse pas déprimer. La constipation persiste ; de même l'incontinence du sphincter vésical. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La malade pousse de temps à autre un cri aigu et plaintif, et porte la main à son front, avec une expression de douleur intense. Ses membres supérieurs sont animés de mouvements continuels, toujours les mêmes, par lesquels elle ramène draps et couvertures autour de son cou. Les pupilles sont inégales ; il n'y a ni strabisme, ni photophobie. Du côté de la peau on note une hyperesthésie très marquée : la malade se plaint au moindre contact ; il y a des alternatives brusques de rougeur et de pâleur de la face ; le phénomène de la raie méningitique est net. On ne trouve ni contractures, ni signe de Kernig. La respiration est rapide (36 respirations à la minute) ; toutes les cinq ou six inspirations, on note une période d'apnée inspiratoire durant quinze à seize secondes, et se terminant par une longue expiration ; après quoi recommence la période de cinq ou six respirations normales. Il n'y a ni albumine ni sucre dans les urines.

Le 6 mai dans la soirée, la température retombe à 37°4 ; le pouls bat à 130 ; il est petit, irrégulier, inégal. Le 7, la malade tombe dans un coma à peu près complet, d'où elle ne sort que pour pousser, de temps à autre, un cri aigu. Il semble qu'elle ne voit plus clair ; ses pupilles, dont l'inégalité s'est accentuée, ne réagissent plus à la lumière. La respiration est très bruyante.

La mort survient le 8 mai à 6 heures du matin.

A l'autopsie, on trouve le poumon droit adhérent à la paroi presque en totalité ; ses deux lobes inférieurs sont arrivés au stade d'hépatisation grise de la pneumonie ; les bronches sont remplies de pus. Le poumon gauche est sain. Rien du côté du cœur. Le foie, énorme, pèse 3 kilogs ; tout son parenchyme est congestioné et diffluent. La rate est grosse, diffluente ; elle présente un noyau d'infarctus gros comme une petite noix. Les reins sont intacts. Les organes génitaux sont revenus à leur état normal. Notons que l'utérus est absolument libre dans le bassin, et qu'il ne subsiste aucune trace de l'hystéropexie pratiquée il y a six ans ; le prolapsus ne s'était pourtant pas reproduit et la femme avait pu mener à terme deux grossesses. Le cerveau, qui fut présenté par l'un de nous à la Société centrale de médecine, est petit et rétracté; on trouve à la convexité, dans les scissures et le long des vaisseaux, un pus épais, verdâtre, crémeux, le pus louable des anciens auteurs. Par places, le pus s'étend à la surface même des circonvolutions, formant des plaques irrégulières qui dépasent parfois les dimensions d'une pièce de deux francs. On trouve aussi du pus, mais en beaucoup moindre quantité, à la base du cerveau et dans les méninges cérébelleuses. Il n'y en a pas trace au niveau des méninges spinales.

NOUVELLES & INFORMATIONS

La dixième session de l'**Association française d'urologie** se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 4 au 6 octobre 1906, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : *Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose* ; rapporteurs : MM. Pierre Duval (de Paris) et Grégoire (de Paris).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boétie, Paris.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Par **arrêtés ministériels**, en date du 25 juillet 1906, ont été nommés pour l'année scolaire 1906-1907 :

M. le docteur Deléarde, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile.

M. le docteur Gaudier, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. le docteur Carrien, agrégé, chargé d'un cours de thérapeutique.

M. le docteur Lambret, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

M. le docteur Raviart, chargé d'un cours théorique et pratique de médecine mentale.

M. le docteur Patoir, agrégé, chef des travaux pratiques de médecine légale.

M. le docteur Gérard, Georges, agrégé, chef des travaux d'anatomie.

M. le docteur Vallée, agrégé, chef des travaux de pharmacie.

M. le docteur Louis, chef des travaux de chimie minérale.

M. le docteur Desoil, chef des travaux de micrographie et parasitologie.

M. Demeure, licencié ès-sciences physiques, chef des travaux de physique.

M. Ricquiet, pharmacien, chef des travaux de chimie organique.

— Par **arrêté ministériel**, en date du 25 juillet 1906, M. le docteur Bédart, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1906, chef des travaux de physiologie à la Faculté.

— Par **arrêtés rectoraux**, en date du 20 juillet, ont été nommés pour l'année scolaire 1905-1906 : M. le docteur Debeyre, aide de clinique chirurgicale des enfants ; M. le docteur Taconnet, aide de clinique des voies urinaires ; M. le docteur Vansteenberghe, chef des travaux pratiques de bactériologie ; M. le docteur Debeyre, chef des travaux pratiques d'histologie ; M. le docteur Dubois, moniteur de physiologie ; M. le docteur Caumartin, directeur de clinique et des travaux pratiques dentaires ; M. le docteur Bédart,

agrégé, est en outre chargé d'un cours d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires pour l'enseignement dentaire ; M. le docteur INGELRANS, agrégé, est chargé d'un cours des maladies du système nerveux.

— Dans sa séance du 21 juillet, le Conseil de la Faculté a attribué la **subvention Philippart**, d'une quotité de 1.200 fr., à M. PETIT (Georges), interne des hôpitaux, plusieurs fois lauréat de la Faculté. Dans la même séance, la **bourse de voyage**, fondée par la Société des eaux du Mont-Dore, pour prendre part, en 1906, au V. E. M., a été attribuée à M. le docteur DEHON, aide-préparateur de médecine expérimentale et de pathologie interne à la Faculté.

— Les 21 mai et 21 juillet ont eu lieu, devant un jury composé de MM. les professeurs DEBIERRE, FOLET, WERTHEIMER, LAGUESSE, BÉDART, les épreuves du **concours pour l'adjuvat d'anatomie.** Les pièces à conserver avaient été : *Valvules du cœur; muscles interrosseux de la main et du pied.* L'épreuve écrite était : *Nerf sciatique depuis son origine jusqu'à sa terminaison.* L'épreuve orale a eu pour sujet : *Muscles du larynx.*

Après des épreuves excellentes pour les deux candidats, le jury propose M. LHEUREUX pour les fonctions d'aide d'anatomie.

— Les 21 mai et 21 juillet ont eu lieu, devant un jury composé de MM. les professeurs DEBIERRE, FOLET, WERTHEIMER, LAGUESSE, BÉDART, les épreuves du **concours pour le prosectorat.** Les pièces à conserver étaient : *Nerf maxillaire supérieur, artères de l'utérus.* L'épreuve orale avait porté sur *le corps thyroïde* ; l'épreuve écrite sur *le canal de l'urèthre* ; l'épreuve de médecine opératoire sur *la ligature de l'artère sous-clavière.* Après de bonnes épreuves, M. le docteur LOOTEN a été proposé pour les fonctions de prosecteur.

— Nous apprenons avec plaisir que le Ministre du Commerce a décerné à M. le docteur BRULANT, médecin principal de la société des mines de Lens une *médaille de bronze* pour sa propagande en faveur de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

— Le **Conseil supérieur de l'Assistance publique** vient d'être réorganisé. Nous trouvons parmi les notabilités de notre région du Nord qui ont été renommés MM. les docteurs DRON, député, OLIVIER, ancien président de la Commission des hospices de Lille, et VANCAUWENBERGHE, maire de Saint-Pol-sur-Mer.

— Nous relevons parmi les récentes **distinctions honorifiques** la nomination au grade de *chevalier de la Légion d'honneur :* M. le docteur LOURTIES, médecin-chef des mines de Courrières, qui compte de si nombreuses et chaleureuses sympathies parmi le corps médical de la région ; la nomination comme *officiers d'Académie* de MM. les docteurs LEDUC, de Tourcoing, DELARUE, d'Amiens. Nous adressons à nos confrères nos sincères félicitations.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. A.-G.-L. BOURDELIER, de Lucenay-lez-Aix (Nièvre), a soutenu avec succès, le lundi 23 juillet 1906, sa thèse de doctorat (n° 38) intitulée : **Traitement de certains cas de neurasthénie par le fer.**

M. A.-V. BUTRUILLE, de Pecquencourt (Nord), interne des hôpitaux de Lille, a soutenu avec succès, le lundi 23 juillet, sa thèse de doctorat (n° 35) intitulée : **La mort subite dans la convalescence de la diphtérie.**

M. E.-L.-J. BAILLY, de Camblin-l'Abbé (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le vendredi 27 juillet, sa thèse de doctorat (n° 37) intitulée : **Des cystites au cours de la puerpéralité.**

M. C.-O. RIVIÈRE, de Lille (Nord), a soutenu avec succès, le lundi 23 juillet, sa thèse de doctorat universitaire, (mention pharmacie) (n° 10) intitulée : **Contribution à la recherche et au dosage de l'oxyde de carbone dans les atmosphères industrielles.**

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Ont été promus *Commandeurs* : MM. les professeurs F. GUYON, de l'Institut et de l'Académie de médecine, et ARLOING, directeur de l'école vétérinaire de Lyon. *Officiers :* MM. les docteurs MACHENAUD, médecin en chef de 2e classe de la marine ; RECLUS, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; LERMOYEZ, médecin des hôpitaux de Paris ; BENI-BARDE, de Paris. *Chevaliers :* MM. les docteurs HENNEQUIN, GIRAUD, BARET, ETOURNEAU, AUGIER, DOUVRY, médecins de 1re classe de la marine ; DANLOS, BOISSARD, DUPRÉ, médecins des hôpitaux de Paris ; OZENNE, FOURNAISE, SELLE, de Paris ; JALABERT, de Carcassonne, MENDOUSSE, de Mérac ; LOURTIES, de Courrières (Pas-de-Calais) ; BORDARIÈS, de la Française (Tarn-et-Garonne) ; CUSTAUD, de Collo (Algérie).

Instruction publique. — Sont nommés : *Officiers de l'instruction publique,* MM. les docteurs BOBIER, de Paris ; BRIGAULT, de Sainte-Maure ; CHESNEL, de Chartres ; MONTIGNAC, de Paris ; ROUILLON, de la Varenne-Saint-Hilaire ; SÉE, de Paris ; SEUDRE, de Reims. *Officiers d'académie* : MM. les Drs BEYNOT, de Sardent ; CATHALA, de Cessenon ; CORNET, de Ligueil ; DELARUE, d'Amiens ; DURAND, de Paris ; FAU, de Vichy ; HANRIOT, de Blâmont ; LAVERNOT, d'Orry-la-Ville ; LEBRET, de Divonne-les-Bains ; LEDUC, de Tourcoing ; LEREFAIT, de Rouen ; MABILLE, de Reims ; MOREAU, du Mans ; PAPILLON, de Paris ; PÉRALDI, de Toulon ; PERRIN, de Rouen ; PRAX, de Limoux ; RUTTEN, de Paris ; VILLIÈRE, de Saint-Denis.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Amédée LE PLÉ, de Rouen (Seine-Inférieure) ; RIOBLANC, médecin-major de 1e classe de l'armée à Bizerte (Tunisie) ; ALTMANN, de Paris ; BROUARDEL, professeur de médecine légale, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie et des Sciences qui s'y rapportent, par Émile Littré, membre de l'Académie française et de l'Académie de Médecine, 21e édition entièrement refondue, par le Docteur A. Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol., gr. in-8 de 2.000 pages à deux col., avec 1.000 figures, publié en 5 fascicules : 25 francs. En vente : fascicules I à IV. Prix de chaque : 3 francs (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Un grand travailleur, doublé d'un éminent praticien, le professeur Gilbert, vient de remanier le célèbre **Dictionnaire de Médecine** de Littré de fond en comble, avec la collaboration du Docteur Marcel Garnier, médecin des hôpitaux de Paris. Ils en ont fait une œuvre nouvelle et considérable, 2.000 pages et 1.000 figures) bien à jour et qui, par suite, sera d'une extrême utilité non seulement pour les étudiants, voire même les médecins, mais aussi pour le public lettré. Les uns pourront y apprendre beaucoup de choses et être sûrs que les descriptions sont exactes et au courant de la science. Les autres y trouveront souvent le détail oublié, le point particulier qu'on sait au moment et dont on ne se souvient plus après quelques semaines. De nombreuses figures nouvelles illustrent et éclairent le texte. Des quantités d'articles nouveaux ont été ajoutés, une atmosphère moderne circule à travers l'œuvre, les rides du passé ont été effacées. C'est un dictionnaire serré, précis, heureusement renseigné, allant droit au fait et qui, sous sa forme ramassée et fournie de documents, est appelé à continuer le succès séculaire de l'ouvrage.

Le **Dictionnaire de Médecine** de Littré est un véritable monument historique. Et il a cela de particulier qu'il peut indéfiniment se rajeunir, lorsque des maîtres comme Gilbert en donnent de nouvelles éditions. Celle-ci formera une bonne encyclopédie de choses médicales, le **Larousse** de notre art, bien illustré, sévèrement revisé.

Les quatre premiers fascicules ont paru à quelques mois d'intervalle et vont jusqu'à la lettre S. Le cinquième et dernier fascicule paraîtra au mois d'octobre.

Il est inutile de souhaiter bonne chance à ce livre qui va retrouver son grand succès de jadis, mais on peut vivement féliciter le professeur Gilbert et son collaborateur Garnier, de cette intéressante et si utile œuvre de vulgarisation précise et moderne sous une forme aussi condensée que possible.

L'Albuminurie goutteuse, par De Grandmaiosn, 1 vol. in-18, 288 pages, 4 francs.

D'après l'auteur, la goutte reconnaît une triple origine au point de vue pathogénique ; hyperassimilation hépatique, hypodésassimilations rénale et musculaire. Elle ne se caractérise donc pas seulement par des accès douloureux articulaires, mais encore et surtout par toute un série de symptômes relevant d'un état général, entretenu par le ralentissement de la nutrition et constituant le tempérament goutteux.

L'albuminurie, très fréquente, que décèle l'examen des urines, est associée à d'autres symptômes urinaires tels que l'oligurie, la lacticurie, l'oxalurie, l'urobilinurie, la peptonurie. Tous ces symptômes dépendent des mêmes causes : troubles fonctionnels du foie, entretenus par la suralimentation ; mauvaise hygiène musculaire par défaut d'exercice ; abaissement de la pression artérielle ; etc.

L'albuminurie goutteuse n'est donc pas liée à une néphrite interstitielle initiale mais produite par les fautes d'hygiène qui conduisent à la goute et l'entretiennent. Son traitement ressortit donc exclusivement à l'Hygiène thérapeutique.

Le docteur de Grandmaison consacre donc, dans la partie réservée au traitement un long développement à l'hygiène de l'alimentation et des boissons, à la diététique, aux divers procédés capables d'activer les fonctions musculaires, aux diverses cures d'air, d'eaux thermales, susceptibles d'améliorer la goutte et sa conséquence habituelle, l'albuminurie goutteuse.

Ce volume est le premier d'une collection d'ouvrages qui paraîtront successivement sous le titre de « Bibliothèque de la Nutrition ».

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Deux cas en dehors de la pratique courante : phagédénisme tertiaire et laryngite ozéneuse, observés et guéris à Challes-les-Eaux**, par le docteur A. Royer, *Imprimerie Savoisienne*, 1906.

— **A case of heteroplastic ovarian grafting, followed by premancy and the delivery of living child**, par le docteur Robert T. Morris, extrait du *Medical Record*.

— **Bulletin de la Société de médecine du département du Nord**, par MM. les docteurs Ingelrans et Breton, secrétaires, Lille, *Le Bigot*, 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.
Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 499. Dixième Année. N° 31. Le Numéro : **10** centimes 5 Août 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Appendicite et fièvre typhoïde

par le médecin principal **Moty,**
professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

On rencontre de temps à autre des appendicites d'une exceptionnelle gravité marchant avec une inexorable persistance vers l'issue fatale quel que soit le traitement qui leur est appliqué. Ces formes graves signalées par Quenu et appelées hypertoxiques résultent de tares organiques plus ou moins saisissables, imprimant un cachet particulier à la maladie. La première difficulté qui se présente en médecine ou en chirurgie dans les cas de ce genre est de reconnaître la tare latente qui peut entraîner un pronostic sombre là où l'on pouvait avec une apparence de raison le considérer au premier abord comme favorable.

Mais il y a plus : une maladie infectieuse survenant chez un ancien appendiculaire peut revêtir les allures d'une poussée d'appendicite aiguë et dépister complètement le diagnostic en se dissimulant sous cette forme. Tel est le cas dans l'observation suivante :

X..., soldat au 21e colonial, 24 ans, entre d'urgence à l'hôpital militaire Saint-Martin, le 27 juin 1905, à 5 heures ud soir, pour « entéralgie ».

Il se rend lui-même du bureau des entrées à son lit et le médecin aide-major Gaillard, du 2e colonial, donne à son sujet les renseignements suivants : arrivé au régiment le 15 novembre 1903, appelé pour trois ans, charron de profession, n'est jamais entré à l'infirmerie ni à l'hôpital ; bon sujet. A été au tir le 27 juin, s'est plaint de violentes douleurs abdominales et a été ramené par la voiture ; à l'infirmerie on lui a frictionné les jambes, et mis un cataplasme sur le ventre. A trois heures, le médecin de service, M. le médecin-major Watrin, l'a envoyé d'urgence à l'hôpital. Température + 39°.

A son arrivée dans la salle, le médecin de garde lui fait une injection de morphine et le met à la diète.

Le 28, il y a eu un vomissement dans la nuit, le pouls est à 120, la température à + 38°, les mains froides et le facies péritonéal. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression et le malade déclare avoir eu une attaque d'appendicite grave à l'âge de 12 ans.

Une intervention immédiate paraît s'imposer, elle est faite sous le chloroforme et l'incision iliaque droite permet de dégager sans difficulté un appendice fixé en dehors par des adhérences fibreuses résistantes et paraissant très court au toucher. On le réséqua au thermocautère suivant le procédé habituel et l'on constate qu'il est replié sur lui-même en

canon de fusil et fixé dans cette disposition par des adhérences fibreuses anciennes qui unissent solidement ses deux tronçons, il est dur mais non ulcéré et ne renferme pas de corps étranger.

Au cours de l'opération, on est frappé par la présence de trois ganglions volumineux dans le méso : deux d'entre eux sont enlevés avec lui, le troisième reste au-dessus de la ligature. Il en existe d'ailleurs un grand nombre dans le mésentère voisin.

Les anses grêles adjacentes sont un peu distendues et leur surface péritonéale est dépolie et congestionnée, sans trace de liquide abdominal et sans fausses membranes.

Réunion totale, pansement au bismuth ; serum 500 gr.

Cette intervention ne donne aucun résultat ; le pouls reste aux environs de 140, la température à + 38° le matin et + 39° le soir, les extrémités glacées, l'agitation et le délire de plus en plus marqués et le malade succombe le 3 juillet dans la matinée, avec une température voisine de + 37°, depuis deux jours.

A l'autopsie pratiquée le lendemain, on trouve l'intestin et le péritoine dans le même état qu'au moment de l'intervention, les ganglions mésentériques sont hypertrophiés et l'ouverture de l'intestin grêle au-dessus de la valvule montre des plaques de Peyer légèrement engorgées avec ulcérations multiples de petites dimensions, les plus grandes ne dépassant guère le diamètre d'une lentille.

Il est évident qu'on est en présence d'une fièvre typhoïde au début.

Il y avait donc eu insuffisance de diagnostic ; c'est pourquoi l'appendice enlevé a été soumis à l'examen de M. le docteur Weinberg, de l'Institut Pasteur, qui possède une compétence spéciale sur la question, en vue de déterminer s'il y avait réellement appendicite en activité ou si la lésion de l'appendice était au repos complet.

Voici le résultat de l'examen pratiqué sur les coupes qu'il a bien voulu faire et examiner en ma présence : A l'examen microscopique on constate que la portion terminale de l'appendice est oblitérée sur une longueur de 1 cent. 5 et que le reste de la cavité appendiculaire est sensiblement rétréci. L'examen histologique pratiqué en différents points confirme 1° l'oblitération complète de l'extrémité de l'appendice ; la muqueuse est complètement détruite et la cavité remplie par du tissu conjonctif nouvellement formé aux dépens de la sous-muqueuse. On constate en un point la destruction partielle des couches musculaires dont les éléments sont remplacés par le même tissu conjonctif, lésion qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une ancienne perforation de la paroi. La continuité de cette paroi a été maintenue à ce niveau par le tissu conjonctif du méso.

2° Au-dessus de la région oblitérée, la cavité appendiculaire présente un diaphragme très mince qui la divise en deux cavités inégales : la cavité inférieure a de 6 à 7 millimètres de hauteur, la muqueuse présente les mêmes lésions dans ces deux cavités :

L'épithélium de revêtement est presque partout conservé, les glandes également ; les follicules lymphatiques sont hypertrophiés et réunis les uns aux autres par de larges placards d'infiltration histologiquement caractérisés par les mêmes éléments que la couche corticale des follicules lymphatiques.

La sous-muqueuse présente un épaississement notable dans les régions péri-folliculaires ; on ne trouve presque pas de lymphangite dans les couches musculaires et sous-muqueuse.

La couche sous-péritonéale et le méso présentent au contraire des foyers d'infiltration leucocytaire même au niveau de la portion oblitérée de l'appendice ; on en constate même également dans le cylindre cicatriciel comblant la cavité de l'appendice (voir plus haut).

Lorsqu'on examine tous ces foyers d'infiltration, qu'ils siègent autour du follicule lymphatique ou dans un autre point de la paroi appendiculaire on les trouve toujours constitués par les mêmes éléments : ce sont de grosses cellules à protoplasma clair et à noyau rond prenant bien la couleur ; il s'agit évidemment de leucocytes mononucléaires ou de macrophages ; ce n'est qu'autour des follicules lymphatiques qu'on trouve, au milieu de ces éléments, quelques polynucléaires en quantité négligeable. Les parois vasculaires sont épaissies.

Les coupes bactériologiques préparées par la méthode de Gramm ou colorées par la thionine n'ont révélé que très peu de microbes.

Il résulte de cet examen qu'on est en présence d'un appendice offrant : 1° les traces évidentes d'une perforation consécutive à une ancienne poussée d'appendicite aiguë perforante ; 2° les lésions habituelles de l'appendicite chroniques ainsi que celles d'une appendicite sub-aiguë récente en voie de résolution ou d'évolution.

Quoi qu'il en soit, il résulte de cette observation que l'existence d'une appendicite ancienne ou latente est susceptible de donner à la fièvre typhoïde une physionomie toute particulière capable de dérouter aussi bien le médecin que le chirurgien et de rendre au premier abord le diagnostic impossible. La période d'invasion de la fièvre typhoïde se traduit alors soit par une attaque brusque simulant absolument l'appendicite dite hypertoxique soit par une véritable poussée phlegmoneuse du côté de l'appendice et de son méso, soit par des symptômes péritonitiques généralisés.

Bien que la non-intervention semble en principe devoir être la méthode de choix dans les cas de ce genre, je pense qu'il est bon de s'en tenir comme dans les appendicites ordinaires à l'observation très attentive de la marche du pouls et, si le danger s'accroît rapidement de tenter en désespoir de cause une intervention d'urgence. Bien qu'on n'en puisse attendre de bons résultats que dans les cas exceptionnellement favorables, l'opération menée vivement ne paraît pas aggraver l'état du malade, elle semble donc indiquée quand l'accélération progressive du pouls malgré la diète absolue a démontré l'impuissance de l'organisme à triompher par lui-même du danger qui le menace.

Si, par contre, le pouls se ralentit et si le facies du malade permet de soupçonner une fièvre typhoïde à marche anormale le sero-diagnostic permettra le plus souvent d'élucider la véritable signification des symptômes observés et la marche ultérieure de la maladie viendra confirmer bientôt l'exactitude du diagnostic.

II

Telles étaient les réflexions que m'avaient inspirées ce cas : singulier quand la pensée me vint qu'il ne devait pas être unique. Je fis appel à mes souvenirs et ne tardai pas à retrouver les principaux traits d'une observation toute différente dans ses suites, mais présentant avec la précédente un important point de ressemblance si la coexistence d'une poussée appendiculaire et d'une fièvre typhoide au début. Voici cette observation :

Observation II. — G..., soldat au 28e d'infanterie, entre le 21 avril 1904 à l'hôpital militaire St-Martin pour oreillons doubles sans complications ; sa maladie évolue normalement, sans orchite ; mais on note une épistaxis le 6 et le 8 mai avec menaces de diarrhée (bismuth du 6 au 10). Le 12, poussée d'appendicite à forme grave.

Appelé en consultation par M. le médecin-major de 1re classe Hublé, chef du service des contagieux, je constate un empâtement profond de la fosse iliaque droite avec douleur au point de Mac-Burney ; avec les troubles digestifs habituels en pareils cas, légère élévation de la température, et pouls aux environs de 90, bien frappé. L'appendicite était évidente, mais comme l'intervention n'était pas urgente je prescrivis, suivant mon habitude, la diète absolue pendant 24 heures, sauf quelques cuillerées de tisane en l'absence de vomissements, et le pouls redescendit bientôt aux environs de 80 avec amélioration rapide de tous les symptômes appendiculaires.

Deux jours plus tard, le malade convenablement désinfecté au formol est évacué sur le service des blessés pour y rester en observation : on continue le bismuth et l'on note de la céphalalgie (antipyrine); mais bien que toute inquiétude du côté de l'appendice eut disparu, la température s'élève peu à peu et les symptômes de fièvre typhoïde s'affirmant de plus en plus ; il est évacué le 19 mai sur le service spécial où l'on assiste à l'évolution d'une fièvre typhoïde de moyenne gravité avec état typhoïde, céphalalgie, gargouillement iliaque droit et taches rosées. La température ne dépasse cependant pas 39° et retombe à la normale le 18e jour ; le traitement employé fut le formol en potions à 0,50 ou un gramme bien supportées.

Le 10 juin, nouvelle poussée fébrile ; M. le Médecin-Major du 1er, et Boulian, chef du service, constatent des signes debronchite des sommets avec induration notable et le 15 juin, le malade est évacué sur la salle des tuberculeux.

Les signes de bronchite avec amaigrissement et induration très accusée du sommet gauche ayant nettement démontré l'existence d'une tuberculose pulmonaire confirmée par l'examen des crachats, le malade est réformé n° 2 le 25 juin et rentre dans ses foyers après avoir été suffisamment amélioré par les arsenicaux. Le maire de sa commune m'écrit à la date du 7 et 26 juillet que sa santé reste précaire mais qu'il n'a pas eu de nouvelle attaque d'appendicite et se plaint seulement d'une douleur au côté « pas excessivement forte ».

Dans ce cas, mon abstention au moment des premiers symptômes d'appendicite a été déterminé par la marche rétrograde du pouls ; le pouls est en effet notre guide dans les cas de ce genre, s'il s'accélère, cela signifie que le danger augmente et la question de l'intervention se pose. Dans le cas contraire, on peut s'en tenir à l'expectation.

Il y a longtemps que Dieulafoy a appelé l'attention sur les rapports de l'appendicite et de la fièvre typhoïde; Perroné a publié depuis dans la Revue de chirurgie (1905), un certain nombre de cas d'attaque d'appendicite aiguë survenus au cours d'une fièvre typhoïde ; il conclut que l'état général, sauf l'hypothermie, ne constitue nullement une contre-indication à l'intervention chirurgicale. Je ne veux pas discuter à fond ces observations qui semblent au premier abord mettre à néant l'opinion que j'ai émise ici il y a quelques années (les appendicites latentes 1904), au sujet de l'absence d'appendicites attribuables à la fièvre typhoïde, mais je dois faire remarquer qu'elles ont un caractère commun ; elles sont survenues au cours d'une fièvre typhoïde caractérisée et différant par conséquent très notablement du type de nos deux observations. Il en est de même des cas d'appendicite franche où l'on trouve de la fièvre typhoïde dans les commémoratifs, 2 à 3 °/o des cas d'après Mlle Von Mayer ; eu égard à la fréquence de la fièvre typhoïde il n'est pas démontré que celle-ci ait eu un rôle étiologique ou pathogénique réel dans l'apparition de la folliculite appendiculaire. Il existe cependant un cas de Stokes *(Bulletin of the John's Hopkins Hospital*, août 1905) où l'on trouve du bacille d'Eberth dans un appendice enlevé sur un jeune homme de vingt-quatre ans, ayant eu onze ans auparavant une fièvre typhoïde ; le malade guérit.

Dans tous ces cas, on peut bien admettre qu'il y a eu quelque relation entre la fièvre typhoïde primitive et l'appendicite consécutive, mais tous diffèrent encore des deux nôtres par ce fait essentiel que la fièvre typhoïde et l'appendicite n'ont pas débuté simultanément et ont pu être normalement diagnostiquées successivement.

Il y a donc maintenant trois types de rapports entre la fièvre typhoïde et l'appendicite :

1° On trouve la première dans les antécédents pathologiques d'un malade atteint d'appendicite sans qu'il soit encore bien établi que le bacille d'Eberth est l'agent pathogène de cette dernière, car le cas de Stokes n'est pas suffisant pour établir une conviction, étant donné le nombre considérable de fièvres typhoïdes non suivies d'appendicite.

2° Une attaque d'appendicite éclate au cours d'une fièvre typhoïde chez un sujet qui n'en avait pas encore eu ; et ici se pose la question de savoir si le rôle de la dothiénentérie ne s'est pas borné à transformer une appendicite latente en une appendicite aiguë.

3° Une attaque d'appendicite coïncide avec le début d'une fièvre typhoïde encore latente ; et tels sont nos deux cas qui représentent, ainsi qu'on l'a vu, un type clinique tout à fait spécial. C'est sur eux seulement que je veux insister. L'élément pathologique qui se présente avec le plus d'évidence à l'observateur, c'est l'appendicite, et si le malade accuse une ou plusieurs attaques d'appendicite dans ses antécédents, il n'est réellement pas possible de diagnostiquer autre chose qu'une nouvelle attaque. Qui songerait en effet à une épistaxis récente, à peine remarquée, en présence d'un malade convulsé par la douleur aiguë d'un péritonisme généralisé ? Il ne saurait être question d'état typhoïde chez un homme privé de sommeil, la dothiénentérie ne s'est encore révélée par aucun de ses signes habituels, le pouls au lieu de se précipiter va se calmant au fur et à mesure que retrocède la poussée appendiculaire ou se précipite avec elle ; la température n'indique rien, elle est, elle aussi, commandée uniquement par l'appendicite : il ne resterait que la séro-réaction ; mais qui songerait encore une fois à la tenter sur un homme malade aux prises avec une crise d'appendicite aiguë ? On est donc fondé à considérer le diagnostic, à cette période, comme à peu près impossible.

Mais tout change au bout de quelques jours : si l'appendicite suit une marche favorable les symptômes iliaques s'atténuent peu à peu tandis que ceux de la fièvre typhoïde deviennent de plus en plus évidents.

Dans le cas contraire l'attaque prend la forme d'appendicites

hypertoxiques de Quénu et l'on est contraint à l'intervention pour essayer de sauver le malade. Mais alors aussi le diagnostic peut se faire par la constatation inattendue de l'engorgement des ganglions mésentériques et de leur aspect dothiénentérique classique ; il est impossible de ne pas les apercevoir car il y en a, comme on l'a vu, jusque dans le méso de l'appendice. Il suffit donc d'être averti de la possibilité de la coïncidence pour poser immédiatement le double diagnostic exact de la double lésion.

Mais à ce moment l'intervention est un fait accompli et la question de son indication ne se pose plus. Il est certain qu'en face d'une appendicite aiguë menaçante survenant au cours d'une fièvre typhoïde on peut répéter avec Perroné que les indications sont les mêmes que dans une appendicite ordinaire et qu'il ne faut pas tenir compte de la maladie primitive, mais ici la situation n'est plus du tout la même ; le sort en est jeté, la parole est à la nature, le malade succombera ou résistera suivant les ressources de son organisme ; tout ce que l'on peut dire, c'est que l'intervention rapidement terminée n'a pas d'influence marquée sur l'état général du malade, sur son pouls notamment.

Que s'est-il passé dans nos deux cas, au sein de la région péricœcale ? Notre première observation l'indique nettement : la fièvre typhoïde débutant insidieusement, sans aucun symptôme apparent, avec la forme ambulatoire, n'en détermine pas moins dès son premier stade, un travail considérable dans le système lymphatique iliaque droit, déjà surchargé par celui qui lui est depuis longtemps imposé par la lésion de l'appendice ; il devient vite insuffisant et ne peut plus évacuer les germes infectieux qui, s'accumulant alors, franchissent les barrières biologiques précaires qui défendent le péritoine et envahissent en force la grande cavité séreuse. Le type de l'appendicite hypertoxique est ainsi réalisé.

Dans le second cas les circonstances sont plus favorables ; le malade est au repos, faiblement alimenté ; il résiste donc mieux aux perturbations apportées du côté de ses lymphatiques par l'entrée en scène de la fièvre typhoïde qui paraît d'ailleurs bénigne d'après sa marche ultérieure, et la poussée se termine par résolution ; notons en passant qu'il avait pris du bismuth pendant quelques jours avant l'attaque et que l'action désinfectante de ce médicament concourait, avec les autres conditions, à atténuer le danger de l'appendicite.

Il résulte de ces faits que leur pronostic repose sur les deux éléments en présence. Une fièvre typhoïde grave, à marche rapide, peut, tout en restant latente, déterminer des accidents appendiculaires d'une extrême gravité, de même qu'une appendicite grave serait sans doute poussée vers une terminaison fatale par une fièvre typhoïde bénigne venant entraver la défense naturelle de l'organisme.

Avant de terminer cette note, je dois signaler une quatrième modalité d'influence de l'appendicite sur la fièvre typhoïde, car cette quatrième forme confirme les opinions que j'ai émises plus haut sur le mécanisme des manifestations péritonitiques sur les typhoïdiques avec appendicite. Une femme succombe dans un hôpital de Paris, le chef de service, dont l'expérience clinique ne peut être mise en question, a posé le diagnostic de péritonite tuberculeuse et l'autopsie montre une fièvre typhoïde ; mais l'appendice très dilaté contenait plusieurs calculs. Sous l'influence d'une appendicite chronique tout-à-fait latente, la fièvre typhoïde avait pris les allures d'une péritonite chronique. Je ne possède pas l'observation de cette malade ; je ne puis donc pas m'y arrêter plus longtemps, mais rapprochée de notre observation I où la fièvre typhoïde avait pris la forme d'une péritonite aiguë, elle a cependant une certaine valeur.

Je termine par les conclusions suivantes qui ne doivent être considérées que comme des pierres d'attente demandant à être soutenues par de nouveaux matériaux, mais qui suffiront à appeler l'attention sur des faits cliniques intéressants de nature à dérouter les médecins les plus sagaces. La fièvre typhoïde et l'appendicite s'influencent réciproquement de diverses manières :

1° Une ancienne appendicite peut imprimer à la fièvre typhoïde les allures d'une péritonite appendiculaire aiguë généralisée à début brusque.

2° Elle peut aussi lui donner la forme d'une péritonite chronique.

3° Elle peut être réveillée ou révélée par la fièvre typhoïde sous forme d'une attaque au cours de la maladie.

4° La fièvre typhoïde peut exceptionnellement donner naissance à une appendicite ultérieure plus ou moins éloignée avec bacilles d'Eberth.

5° D'une manière générale l'appendicite et la fièvre typhoïde s'aggravent réciproquement ; la température des typhoïdiques est abaissée.

Note sur l'Argas Reflexus

par le Docteur **Tonnel**

Dans la bibliographie médicale nous avons relevé une seule observation de troubles sérieux imputables aux piqûres de l'argas reflexus. Cette observation — communiquée à la Société entomologique de France par le professeur Laboulbène de la part du docteur Chatelin, de Charleville (24 mai 1882), rapportée par Mégnin dans son ouvrage « les Insectes buveurs de sang » — concerne un enfant et le père de cet enfant qui présentèrent sur diverses parties du corps de la douleur et de l'œdème.

L'argas persicus ou punaise de Méana a un bilan médical complet, et l'on sait que les accidents graves causés par cet insecte sont dus à la transmission de virus inoculés dans sa piqûre. Nous n'avons pas la prétention de revenir sur ce fait bien établi par Mégnin ; mais il nous paraît intéressant de relater deux observations concernant une espèce voisine indigène sur laquelle le Dr Chatelin a la priorité d'avoir attiré l'attention des entomologistes.

Nous sommes appelé en mai dernier dans une maison occupée il y a quatre ans par un marchand de volailles, qui avait placé dans le grenier et au second étage des poules et des pigeons. Cette maison, par suite de désaccord entre co-propriétaires, est restée inhabitée ce laps de temps. Nous trouvons le nouveau locataire atteint de furonculose généralisée. Cette affection cutanée est antérieure à l'occupation des appartements du premier, mais entre les nombreux furoncles qui couvrent les jambes et les cuisses, le malade me fait remarquer des papules violacées acuminées d'un point rougeâtre. Ces papules d'une dimension de 1/2 centimètre environ causent une démangeaison médiocre et semblent résulter de la piqûre de... punaises. Notre diagnostic nous paraît d'autant plus probable que sur l'un des enfants du sieur D... nous avons ces mêmes lésions et qu'en maintes places, au niveau du point piqué, nous trouvons une gouttelette de sang qui s'est coagulée sur les cuisses, et au niveau des lombes les papules sont confluentes et l'enfant porte une plaque œdémateuse qui le fait souffrir.

Nous instituons comme traitement des lavages faits avec une solution ainsi formulée :

Recette :	Hydrate de chloral ...	10 grammes.
	Acide phénique.......	5 gr.
	Alcool à 95°..........	QS pour solution
	H2° distillée..........	1 litre.

Quelques jours plus tard, malgré le traitement, de nombreux abcès apparaissent sur le corps de l'enfant aux points piqués et les plaques œdémateuses des cuisses deviennent un véritable phlegmon étendu à la face postérieure des cuisses et à la partie inférieure des lombes. La température monte à 40°, tombe le 10e jour aux environs de 38°5 où elle se maintient quelque temps, le phlegmon suppure et l'enfant de 2 ans guérit après avoir été dangereusement malade. Toutefois les petits abcès miliaires ne disparaissent pas et chaque jour s'accroissent d'une quantité nouvelle.

Sur ces entrefaites un autre enfant, de 4 ans, est ramené en bonne santé. Il avait été conduit chez sa grand'mère pendant les ennuis du déménagement.

Dès le lendemain de son arrivée dans la maison paternelle, ce petit garçon présenta les mêmes lésions primordiales que son jeune frère. Il est renvoyé immédiatement chez la grand'maman, qui lui fait prendre chaque jour deux bains antiseptiques au sublimé, et malgré cela les papules, qui d'abord avaient paru s'effacer s'enflamment, rougissent et deviennent de petits abcès de la grosseur d'une lentille, constitués par du staphylocoque presque pur.

Ces furoncles durèrent peu de temps et tout fut terminé en huit jours.

Au contraire, chez le père et chez le premier enfant la suppuration envahit chaque jour des surfaces de la peau jusqu'alors indemnes, et les bains antiseptiques n'empêchent nullement un point piqué récemment de suppurer quarante-huit heures plus tard. De guerre lasse, sur ma conviction qu'il s'agit de piqûres de punaises [que le malade prétend d'ailleurs avoir trouvées dans son lit et dans celui de son enfant et qu'il compare « à de petites araignées »] le sieur D... déménage un beau jour avec sa famille, et, chose remarquable, en huit jours le père et l'enfant sont guéris après avoir souffert pendant plus d'un mois et demi.

Il est à noter que la mère reste indemne et de piqûres et d'infection secondaire, que nous n'avons pu relever chez elle la moindre papule, et qu'elle affirme n'avoir jamais été mordue dans son existence ni des puces, ni des punaises.

Le sieur Désiré D... parti, un ouvrier Sonn.... lui succède dans l'appartement précédemment occupé. Le déménagement de l'un, l'emménagement de l'autre prennent 48 heures. Le 3e jour je suis appelé par Sonn... qui craint pour lui, sa femme et ses trois enfants : « une rougeole spéciale générale. » L'histoire de D.. se répète chez S... : piqûres sanguinolentes, ecchymoses violettes œdémateuses, prurit peu douloureux, pas de température, la face est indemne, les cuisses et le dos sont plus particulièrement touchés. Apparition quelques jours plus tard de petits abcès miliaires aux points piqués. L'un des enfants, un petit garçon présente alors 38° de température.

Je rassure la famille, je cause de punaises et je m'en vais peu satisfait de mon diagnostic ; mais en éveillant l'attention de la mère je devais bientôt avoir la clef du problème.

En effet, le surlendemain appelé près du petit garçon qui commence une broncho-pneumonie, dont l'évolution dure près de six semaines, j'apprends que : « l'appartement, que le second étage et que mieux le

« grenier sont infestés le soir par des parasites excessivement nombreux, impossibles à écraser et qui « ressemblent plus à de petites araignées qu'à des « punaises. » On en trouve dans les lits, lorsqu'on les y cherche la nuit ; il est impossible de les y rencontrer dans la journée.

Sur ma demande, on regarde sous le papier des tapisseries, entre les plinthes des parois et la chambre à coucher, et l'on m'apporte une magnifique collection d'argas reflexus dont les spécimens nombreux et variés répondent à la description de G. NEUMANN (Les maladies non microbiennes communes à l'homme et aux animaux,) et de MÉGNIN (Parasites et Acariens.)

Argas reflexus (famille des Ixoolidés, ordre des Acariens, classe des Arachnides).

Rostre inférieur, long de 1mm.90 à dard long de 1 mm., lancéolé, spatuliforme, présentant à sa face inférieure deux rangées de dents sur chaque côté de la ligne médiane avec un commencement d'une 3e rangée tout près de la pointe qui est arrondie. Mandibules terminées par un harpon articulé à trois dents. Palpes maxillaires à 4 articles cylindriques dont le dernier porte 3 ou 4 poils et un petit bouquet de 3 petites arêtes terminales. Pattes à 6 articles terminées par un tarse cylindro-conique, à ambulacre à deux grands ongles courbés et à caroncule avortée presque nulle. Les hanches qui sont contiguës sont recouvertes d'un tégument rugueux chagriné analogue à celui du reste du corps très résistant chez les adultes, anus au milieu de la face inférieure, yeux nuls. Corps ovoïde, un peu pyriforme, laissant apercevoir par transparence chez les insectes repus les digérations de l'appareil digestif de couleur uniformément brune chez les mâles, grisâtre avec les bords jaunâtres chez les femelles, pore génital entre la 3e paire de pattes, mâles un peu plus petits que les femelles.

Depuis la désinfection des appartements au formochloral et à l'ammoniaque, la famille Son.... a vu disparaître et les piqûres et les petits abcès qui les suivaient, toute prête d'ailleurs à recommencer sa lutte contre des hôtes bien gênants et certainement dangereux comme colporteurs de virus si de ceux-ci tous ne soient morts, ou si quelque génération nouvelle réapparaissait.

Nous avons cru devoir relater ces cas étant données les conditions toutes particulières de notre observation. Un individu porteur antérieurement de staphylocoques est mordu par des argas qui sont restés vivants malgré un jeûne de quatre ans. Toutes les personnes qui couchent dans la maison, sauf une seule, sont la proie des acariens et présentent toutes, sauf celle-là même, de la suppuration au niveau des piqûres. Ces suppurations locales ne tarissent qu'avec l'éloignement des malades ou la destruction des argas. Un individu fait du phlegmon, un autre de la broncho-pneumonie. Sans insister outre mesure sur les rapports que l'on pourrait établir entre ces dernières affections et l'inoculation de staphylocoques sous la peau par le rostre des argas, il n'en est pas moins vrai que la relation de cause à effet s'impose à l'esprit et que nous sommes forcé d'admettre en l'espèce que les insectes pompant le sang du sieur D.... et se promenant sur la peau de ce malade atteint de furonculose, ont entraîné avec eux des staphylocoques virulents, dont ils ont infecté les autres habitants du logis. Le rôle des insectes dans la transmission des maladies s'étend de plus en plus et nous ne doutons pas que ces êtres qui sont des traits d'union entre divers individus d'abord, entre l'homme et les animaux ensuite, ne jouent un rôle plus important qu'on ne le soupçonne encore dans la propagation des maladies infectieuses.

Consultations Médico-Chirurgicales

Fracture de la clavicule

Professeur-agrégé LAMBRET.

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. *a)* Un homme, un adolescent ou un adulte jeune fait une chute et tombe sur l'épaule, sur le coude ou le poignet, le bras en extension ; ou bien il a reçu un coup sur la région claviculaire ; ou bien il a ressenti une violente douleur et perçu un craquement en faisant un mouvement violent, tel que l'acte de soulever un poids lourd ou de lancer un objet en avant. Il se présente dans l'attitude suivante : la tête inclinée d'un côté, et soutenant le coude du même côté avec l'autre main. Cette position lui est la moins pénible. En examinant la région dont le blessé dit souffrir, on aperçoit une déformation facile à constater. On la voit et on la sent ; elle forme à la partie moyenne de la région claviculaire une saillie dont l'accentuation est plus ou moins marquée. En outre, l'épaule paraît un peu aplatie et, entraînée par le bras, elle tombe en bas et en avant. Le bras est en rotation

interne, la distance acromio-sternale est diminuée. En faisant retourner le malade, on remarque un allongement apparent du bras et une déviation de l'omoplate dont le bord spinal est plus éloigné de la ligne médiane que celui du côté sain. Si l'on saisit la clavicule au niveau de ses tiers externe et interne entre le pouce et l'index des deux mains, on provoque facilement de la mobilité anormale et de la crépitation. Par la palpation de l'os, on apprécie la forme et la disposition des deux fragments osseux. On est assuré ainsi que le blessé a une fracture de la clavicule et qu'il *s'agit d'une fracture du tiers moyen*. Cette fracture est complète.

b) Avec les mêmes symptômes, le déplacement peut être insignifiant ou la mobilité peut manquer ; ou bien les fragments sont engrenés, et on se trouve en présence d'une *fracture sous-périostée* telle qu'on les observe de préférence chez les enfants, ou d'une fracture avec engrènement.

c) Les mêmes symptômes précédents existent, mais le déplacement est reporté très en dehors, il s'agit d'une *fracture du tiers externe de la clavicule.*

d) Si le point maximum de la douleur est tout-à-fait en dehors, si l'un des fragments s'élève et s'abaisse comme une touche de piano, c'est à une *fracture juxta-articulaire* qu'on aura affaire, fracture reconnaissable à l'intensité de la douleur, à la crépitation, à la diminution de la distance acromio-sternale, à l'inégalité et à la rugosité de la surface osseuse qui fait saillie sous la peau ; ces constatations suffisent pour éliminer la possibilité d'une luxation acromio-claviculaire.

Plus rarement, à la suite d'une violente contraction musculaire, ou consécutivement à une violence extérieure, apparaît un gonflement considérable au niveau de l'insertion du sterno-mastoïdien, une ecchymose se forme, la région devient très douloureuse, le maximum de la douleur siège en un point de la clavicule voisin de l'extrémité interne, il n'y a pas de mobilité anormale, ni de crépitation : c'est une *fracture du tiers interne* au voisinage de la fossette sternale.

II. *a)* A la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, un malade présente des douleurs plus ou moins vives sur le trajet du ou des nerfs du bras : il accuse de la parésie, voire de la paralysie d'un ou de plusieurs groupes musculaires innervés par le médian ou le radial. En outre, vous constatez chez lui une fracture de la clavicule : à n'en pas douter, par un des fragments, il y a *compression ou blessure du plexus brachial*, complication spéciale des fractures de la clavicule.

b) Un œdème considérable du bras se déclare dans les mêmes conditions, le membre se cyanose, les veines se distendent, vous devez penser à une compression de la veine sous-claviculaire. Si en outre une ecchymose énorme et une tuméfaction de fort volume se manifeste, il s'agira d'une *déchirure de la veine*, complication de fracture de la clavicule.

c) Enfin, il arrive que votre blessé présente un emphysème sous-cutané plus ou moins considérable se compliquant parfois d'hémoptysie ; ces symptômes indiquent qu'il y a *blessure de la plèvre et du poumon* par un fragment, complication de fracture de la clavicule. Dans tous les cas, bien entendu, les examens radioscopique et radiographique s'ils peuvent être pratiqués vous seront d'un grand secours.

TRAITEMENT.— Plusieurs cas peuvent se présenter, appelant des interventions thérapeutiques différentes.

A. Il n'y pas de déplacement, ou ce déplacement est peu marqué. Le traitement consistera en tout et pour tout à appliquer une bonne **écharpe** et à faire du **massage.**

Echarpe de Mayor. — L'écharpe, dite écharpe de Mayor, se place de la façon suivante : Procurez-vous une grande serviette, il faut qu'elle soit **assez large pour faire facilement le tour du corps ;** vous la pliez en deux en forme de triangle. Vous faites fléchir l'avant-bras à angle aigu et vous le ramenez en avant et en-dedans, appliquée contre le thorax. Au devant vous appliquez la base du triangle formé par l'essuie-main, et vous en entourez le tronc de façon à venir lier les deux extrémités par derrière. Votre malade est donc en quelque sorte ceinturé par l'essuie-main, dont les pointes pendent en avant. Il suffit de relever ces pointes de bas en haut en passant au-dessous de l'avant-bras et du coude, on les tire avec soin pour former une gouttière qui enveloppe bien et soutient le membre ; ceci fait, on les sépare et on les place de façon à ce que la pointe du feuillet postérieur vienne se placer en avant de l'épaule saine et celle du feuillet antérieur en avant de l'épaule malade ; elles sont alors fixées à une compresse en anse qui passe au-dessous de la portion horizontale et postérieure de l'écharpe à laquelle elles se trouvent ainsi unies comme par des bretelles. Le port de cet appareil sommaire associé au massage rapide, assure une bonne consolidation au bout d'une vingtaine de jours.

B. Le déplacement est marqué. — Cette catégorie comprend une grande variété de modalités cliniques ; le déplacement peut être plus ou moins considérable et les fragments font sous la peau une saillie plus ou moins volumineuse. Mais, distinction plus importante, le déplacement des fragments n'a pas une grande tendance à se reproduire lorsqu'on a réduit la fracture.

Le déplacement n'a pas de tendance à se reproduire. — Dans ce

cas, la réduction faite, on est en quelque sorte en présence d'un cas analogue à celui qui vient d'être envisagé ci-dessus.

Le déplacement se reproduit tout de suite. — Le problème thérapeutique devient beaucoup plus difficile dans ce cas. Il faut en effet lutter pour empêcher l'épaule de reprendre son attitude vicieuse. La réduction est généralement obtenue facilement, il suffit d'abaisser le fragment interne et de relever l'épaule en la portant en arrière et en dehors : le malade est assis, un aide derrière lui applique ses mains sur le devant des épaules et ramène l'épaule tombante en haut, en arrière et en dehors ; vous-même, placé devant, empoignant le membre au niveau du coude plié, vous réglez le mouvement d'ascension et vous contrôlez la réduction en saisissant les deux fragments entre le pouce et les doigts. Le difficile est alors de conserver le résultat obtenu. On a imaginé dans ce but un nombre considérable d'appareils dont le nombre même démontre l'inefficacité. Il n'en est pas, en effet, qui soient capables d'empêcher d'une façon absolue l'épaule de reprendre son attitude vicieuse. Il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer la gravité de cette reproduction ; une mauvaise réduction n'en est pas moins suivie d'une bonne consolidation, mais cela n'est pas sans une certaine déformation extérieure. Cette déformation est peu importante chez l'homme ; s'il s'agit d'une jeune femme qui, par sa position sociale, peut être amenée à se présenter les épaules découvertes, la chose est un peu plus sérieuse et vaut qu'on s'en occupe. Et comme le meilleur des appareils est généralement insuffisant, on comprendra que certains chirurgiens n'ont pas hésité à préconiser la suture osseuse.

Nous ne pouvons donner ici la description de tous les appareils, nous nous bornerons à étudier celui de Le Dentu, le plus en honneur à l'heure actuelle. Avant tout, il faut savoir que *tout assemblage de bandes, quelles que soient son ingéniosité et sa complexité, est destiné à se disjoindre très rapidement* ; il faut du plâtre ou du silicate pour faire de la bonne besogne.

Appareil de Le Dentu. — Les pièces nécessaires sont d'après Ricard, un petit coussin capitonné donnant attache par deux de ses angles à un ruban de fil ; deux bandes d'ouate de faible épaisseur, larges de 15 centimètres et longues de deux mètres ; une bande plâtrée de 6 m. 50 de long sur 10 centimètres de large faite avec huit épaisseurs de tarlatane.

On commence par réduire la fracture ; on place le petit coussin dans l'aisselle en nouant les deux bouts du ruban sur l'épaule du côté opposé ; le bras étant rapproché du corps et l'avant-bras fléchi à angle droit, on dispose les bandes d'ouate de la façon suivante : on part du bord postérieur de l'aisselle du côté sain, on contourne transversalement le dos, puis le bras du côté blessé, juste au-dessus du coude ; on garnit en avant l'avant-bras, le bord cubital de la main dont on laisse dépasser les doigts et on rejoint le commencement de la bande dans l'aisselle du côté sain. De là, la bande monte vers l'épaule blessée en traversant obliquement le dos, contourne la clavicule, descend verticalement en avant de l'aisselle et du bras jusques à l'avant-bras qu'elle contourne, remonte verticalement vers l'aisselle et l'épaule, contourne cette dernière par un croisé qui l'amène en avant de la clavicule, croise obliquement la poitrine en passant entre elle et la main libre et regagne l'aisselle du côté sain.

Par dessus l'ouate, on place la tarlatane plâtrée à qui on fait suivre exactement le même chemin ; on doit serrer assez fortement la bande à cause du tassement de l'ouate, surtout au croisement de l'épaule.

Quant à la **suture**, elle n'est pas à conseiller. D'abord, il est inutile et il peut être dangereux d'ouvrir le foyer d'une fracture fermée ; et en dehors de cette considération d'ordre général, elle ne peut être faite sans laisser une cicatrice visible qui peut être très disgracieuse, au moins autant que la saillie d'un cal ordinaire. Elle n'est autorisée que si le raccourcissement de l'os est considérable et la réduction impossible ; elle devient nécessaire alors pour assurer le bon fonctionnement du membre supérieur.

Il faut encore la pratiquer dans les fractures avec complications, lorsqu'il y a compression nerveuse, compression ou lésion vasculaire. De même plus tard, s'il y a un retard de consolidation, une pseudarthrose ; si la fracture guérit ainsi un cal vicieux, saillant et menaçant la peau, une intervention chirurgicale (résection, ostéotomie suivie de suture) sera tout indiquée.

Mais ce sont là des cas exceptionnels ; dans l'immense majorité des cas, la fracture de la clavicule est une fracture simple qui guérit de vingt à vingt-cinq jours dans un appareil de Le Dentu, voire même dans la banale écharpe de Mayor.

ALCOOLIA

A quel âge devient-on ivrogne

A tout âge, répondrez-vous sans doute. C'est une erreur, dit le Dr Dana, de New-York, qui base son opinion sur l'étude de plusieurs milliers d'alcooliques.

D'après Dana, on peut dire que l'ivrognerie commence d'ordinaire avant 20 ans, et que si un homme n'a pas fait

excès de boisson avant l'âge de 25 ans, il n'en fera pas par la suite. Il y a si peu de sujets qui commencent à boire avec excès entre 30 et 40 ans, que quiconque a atteint 30 ans sans faire abus d'alcool a toute chance de rester sobre le reste de ses jours. Dana établit que jamais l'ivrognerie ne débute passé 40 ans.

Quelle est la cause de cette précocité de l'ivrognerie ? On ne sait pas encore ; mais Dana semble porté à croire que c'est surtout affaire d'habitude et de milieu, bien qu'il admette cependant un fond névropathique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'État responsable des défauts d'hygiène de ses bureaux

Le Conseil d'Etat vient de rendre un jugement dont les conséquences sont très importantes au point de vue de l'hygiène et de la responsabilité de l'Etat.

Il s'agit d'un employé des postes, qui était arrivé en parfaite santé à Bastia.

Mais au bout de peu d'années, apparurent chez lui des symptômes de tuberculose, et il mourut en 1903, des suites d'une bronchite tuberculeuse. Sa veuve a réclamé une pension qui lui fut refusée par le motif que son mari ne réunissait pas les conditions d'âge exigées par la loi pour obtenir une retraite.

Elle s'est pourvue devant le Conseil d'Etat en alléguant que son mari avait été placé dans un bureau insalubre où il s'était trouvé en contact avec un tuberculeux et où deux employés qui y avaient travaillé avant lui étaient également morts de la tuberculose. Elle a donc fait valoir que la loi du 9 juin 1853 donne droit à une pension aux veuves de ceux qui meurent d'accidents graves résultant notoirement de l'exercice de leurs fonctions, et qu'il y a lieu d'assimiler à l'accident grave la maladie provenant de faits précis et déterminés qui se produisent en dehors des conditions normales du service. Le Conseil d'Etat vient de lui donner raison.

L'arrêt constate que le sieur de G... a contracté la maladie dont il est décédé par suite de l'obligation qui lui a été imposée de résider jour et nuit dans un local dont l'insalubrité est reconnue par l'autorité municipale et par ses supérieurs hiérarchiques. Dès lors, les causes qui ont déterminé sa mort ont le caractère d'un accident de service dans le sens de la loi du 9 juin 1853. La décision du ministre des postes et des télégraphes a donc été annulée et la pension a été accordée à la veuve.

(*Bulletin médical*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Ve Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie, fixé au 11-18 septembre 1905 et remis ensuite à un an, devait avoir lieu en automne de l'année courante, mais déjà depuis le commencement de l'année se sont fait entendre des doutes sur son succès : la masse de réunions scientifiques à l'étranger et l'évolution sociale en Russie étant de mauvais augure pour le succès du Congrès.

Les membres du Comité d'Organisation, ayant demandé avis à ce sujet à un grand nombre de représentants de notre spécialité, ont reçu des réponses unanimes, exprimant le désir de voir le Congrès remis encore pour un an.

Le Comité d'Organisation, se rendant entièrement aux considérations énoncées et ne voulant pas risquer le succès du Congrès, se voit obligé, à son grand regret, de renoncer à son arrangement pour cette année et a l'honneur d'annoncer que le Ve Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie n'aura lieu que le 11-18 septembre N. st. (29 août-5 septembre) 1907.

— Un concours s'ouvrira le 3 décembre prochain, à 9 heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens de 1re classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées : 1° Etre nés ou naturalisés français ; 2° Avoir eu moins de 32 ans au 1er janvier de l'année du concours ; 3° Avoir satisfait aux obligations de la loi de recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies (1). Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire du grade de médecin-major de 2e classe au moins ; 4° Souscrire un engagement de servir pendant six ans au moins dans le corps de santé des troupes coloniales à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir sont les suivantes :

I. — *Pour les docteurs en médecine* : 1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ; 2° Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ; 3° Epreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ; 4° Interrogation sur l'hygiène.

II. — *Pour les pharmaciens de 1re classe* : 1° Composition écrite sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale ; 2° Interrogations sur la

(1) Instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire.

physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie ; 3° Préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au Codex et détermination des substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés) ; 4° Epreuve de chimie analytique : recherche des acides et des bases renfermés dans deux ou plusieurs sels solides ou dissous.

Les pièces à fournir sont : *Avant le concours :* 1° Acte de naissance établi dans les formes prescrites par la loi ; 2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe (cette pièce devra être produite au plus tard le jour de l'ouverture des épreuves) ; 3° S'il y a lieu, certificats dûment légalisés permettant de constater les titres qui donnent droit à des majorations de points ; 4° Certificat d'aptitude au service militaire, établi l'année du concours ; 5° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire, ou état signalétique et des services ; 6° Indication du domicile.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens admis à la suite du concours sont nommés aides-majors de 2e classe et vont suivre à Marseille, pendant un an, les cours de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales ; ils portent l'uniforme des aides-majors de 2e classe du Service de santé de ces troupes et perçoivent une solde mensuelle de 217 fr. 50 ; il leur est en outre alloué une première mise d'équipement de 575 francs reversible au Trésor dans le cas où ils n'accompliraient pas les six années effectives de service à partir de leur nomination, à moins qu'ils n'aient été réformés pour cause de maladie.

Ils concourent à la fin de l'année d'études avec les aides-majors de leur promotion provenant des Écoles militaires du Service de santé et prennent rang avec eux, sur la liste d'ancienneté dans le grade de médecin ou de pharmacien aide-major, dans l'ordre de classement de sortie.

Pour ceux qui n'obtiendraient pas à ce concours le minimum de points déterminé par le Règlement intérieur de l'École, il sera fait application de l'article 26 du décret du 3 octobre 1905.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine.

UNIVERSITÉ DE LILLE

La Commission administrative des Hospices civils de Lille donne avis que le lundi 5 novembre 1906, à 8 heures du matin, il sera ouvert des **Concours publics pour la nomination de 9 internes titulaires et de 24 externes**, appelés à faire le service de Médecine et de Chirurgie de la Faculté de l'Etat dans les Hôpitaux de Lille.

Ces concours auront lieu dans l'une des salles de l'Hôpital de la Charité devant des Jurys médicaux présidés par un des membres de la Commission administrative des Hospices.

Concours d'Internat

Conditions d'admission. — Les candidats ayant plus de 18 ans et moins de 28 ans seront seuls admis. Ils devront produire :

A. — S'ils sont externes des Hôpitaux de Lille : 1° Un certificat des médecins et chirurgiens dans les salles desquels ils ont fait le service d'externes titulaires, attestant leur exactitude et leur bonne conduite ; 2° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° Un certificat constatant qu'ils savent pratiquer le tubage et délivré soit par le professeur de thérapeutique, soit par le chef de service chargé des pavillons de la diphtérie.

B. — S'ils ne sont pas externes des Hôpitaux de Lille : 1° Un certificat constatant qu'ils sont pourvus de douze incriptions en médecine ; 2° Un certificat émanant de la Commission administrative des Hospices de la Ville où ils ont rempli ou remplissent les fonctions d'externes, affirmant qu'elle admet les externes des Hôpitaux de Lille à se présenter au Concours d'Internat institué par elle. Cette ville doit être le siège d'une Faculté de Médecine ou d'une Ecole de Médecine ; 3° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; 4° Un certificat constatant qu'ils savent pratiquer le tubage et délivré soit par le professeur de thérapeutique, soit par le chef de service chargé des Pavillons de la diphtérie de leur ville.

Matières du Concours. — Le concours comprendra trois épreuves : 1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie, et sur un sujet de pathologie interne ou externe pour laquelle trois heures sont accordées aux candidats ; 2° Une épreuve orale de pathologie ; 3° Une épreuve dite « de garde » d'une durée de huit minutes après huit minutes de préparation.

Inscriptions. — Les inscriptions seront reçues dans les bureaux du Secrétariat de l'Administration des Hospices, 41, rue de la Barre, cinq jours au moins avant l'ouverture du concours, soit jusqu'au mardi 30 octobre 1906, cinq heures du soir, dernier délai.

Sera considéré comme démissionnaire tout externe de seconde année non inscrit au moment de la clôture de la liste pour le concours de l'Internat.

Concours d'Externat

Conditions d'admission. — Les candidats ayant au moins quatre inscriptions pourront seuls concourir pour les places d'externes.

Ils devront produire, en se faisant inscrire, un certificat de bonnes vie et mœurs.

Matières du concours. — Le concours comprendra deux épreuves :

1° Une composition écrite sur l'Ostéologie, l'Arthrologie et la Myologie, pour laquelle deux heures seront accordées aux candidats ;

2° Une épreuve orale de cinq minutes après cinq minutes de réflexion sur la Pathologie interne ou externe élémentaire et la Petite Chirurgie.

Inscriptions. — Les inscriptions seront reçues dans les bureaux du Secrétariat de l'Administration des Hospices, 41, rue de la Barre, jusqu'au mardi 30 octobre 1906, cinq heures du soir, dernier délai.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les internes sont nommés pour deux ans mais peuvent être autorisés à effectuer une troisième année d'internat après engagement écrit, adressé à l'Administration au cours de la deuxième année et avant le 31 juillet, de remplir leurs fonctions jusqu'à l'expiration de cette troisième année. Ils reçoivent chacun de l'Administration : la première année six cent cinquante francs ; la seconde année sept cents et la troisième année huit cents francs. L'interne qui aura reçu la médaille d'or pourra être autorisé par la Commission administrative à faire une quatrième année d'internat, avec le même traitement que les internes de troisième année.

A la suite du classement des internes titulaires, le jury fera choix de quatre internes provisoires qui seront classés par ordre de mérite. Cette liste sera annulée à l'époque d'ouverture du prochain concours.

Les externes sont nommés pour trois ans. Chaque fois qu'elle le juge utile, même au cours de l'année, la Commission administrative fixe, par délibération, le nombre de places d'externes à affecter à chaque service hospitalier.

Le traitement des internes provisoires et externes appelés à suppléer les internes titulaires sera réglé sur la base de six cent cinquante francs par an et au prorata du nombre de journées de remplacement.

Les internes et les externes sont nourris dans l'établissement lorsqu'ils sont de garde.

— Nous relevons dans le corps de santé militaire les mutations suivantes qui intéressent notre région. Sont désignés : MM. le médecin-major de 1re classe SALÈTES, pour l'hôpital militaire d'Arras ; les médecins-majors de 2e classe FROMONT, pour le 15e régiment d'artillerie à pied, VÈZES, pour le 3e chasseurs à cheval à Abbeville, le médecid-major de 1re classe DEMARD, pour le 145e d'infanterie à Maubeuge.

SOUTENANCES DE THÈSES

M. A.-H. PONTHIEU, de Lons-le-Saulnier (Jura), a soutenu avec succès, le lundi 30 juillet 1906, sa thèse de doctorat (n° 39), intitulée : **Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie rachitique.**

M. S. MICHAÏLOFF, de Kazanlik (Bulgarie), a soutenu avec succès, le lundi 30 juillet 1906, sa thèse de doctorat, (n° 36), intitulée : **Les cas sporadiques de la méningite cérébrospinale.**

M. P.-F.-A.-C. HOCQUETTE, d'Arras (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le mardi 31 juillet 1906, sa thèse de doctorat (n° 40), intitulée : **Manifestations appendiculaires au début de la fièvre typhoïde, esquisse clinique d'après 26 observations.**

M. M.-J.-D. DESCAMPS, de Lille (Nord), a soutenu avec succès, le mardi 31 juillet 1906, sa thèse de doctorat, (n° 41), intitulée : **La prostitution à Lille et la prophylaxie de la syphilis par la réglementation de la prostitution.**

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Sont nommés ou promus *Chevaliers :* les docteurs F. HEIM, agrégé à la Faculté de médecine, professeur au Conservatoire national des arts et métiers et à l'Ecole nationale supérieure d'agriculture coloniale ; H. RIEFFEL, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, chef des travaux anatomiques.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BIHOREL, de Bréval (Seine-et-Oise) ; JUNIN, de Poitiers (Vienne).

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Etude biochimique de quelques bactériacées thermophiles et de leur rôle dans la désintégration des matières organes des Eaux d'Egout (Thèse de Pharmacie 1906, Paul BARDOU).

Depuis quelques années, divers travaux ont montré que les méthodes biochimiques pouvaient avoir une grande utilité dans l'étude des Bactéries.

Les recherches de GRIMBERT, d'ACHALME, de l'école allemande surtout, présentent à ce sujet un certain intérêt.

C'est probablement pour cette raison que M. BARDOU a consacré un long travail à l' « Etude biochimique de quelques Bactériacées thermophiles et de leur rôle dans la désintégration des matières organiques des eaux d'égout (1).

Il semble en effet que dans cet ordre d'idées on puisse obtenir, avec de la patience, des notions plus nettes sur les Bactéries.

M. BARDOU a pris des Bactéries banales, recueillies dans les eaux d'égout. Afin de limiter précisément ses recher-

(1) Thèse pour l'obtention du diplôme de Pharmacien supérieur, soutenue à la Faculté de médecine de Lille, le 5 juillet, avec la mention « très bien satisfait ».

ches, il s'est astreint à isoler de ce milieu les Bactéries thermophiles anaérobies. Ces espèces ont montré une grande préférence pour les albuminoïdes; leur action sur ces matières était plus nette, plus accentuée à haute température, et à l'abri de l'air.

M. Bardou s'est livré à de longues expériences sur la désintégration de divers albuminoïdes par quatre Bactéries thermophiles. Il a donné ainsi quelques indications utiles sur cette hydrolyse.

Peut-être pourrait-on lui reprocher de n'avoir pas poussé tout à fait assez loin ce service d'analyse; et, se bornant à l'étude d'une seule espèce et la faisant agir sur un albuminoïde déterminé, peut-être aurait-il réussi à donner un tableau complet des divers stades de la désintégration ?

On doit reconnaître d'ailleurs que ces recherches sont extrêmement difficiles, et que la chimie des albuminoïdes, si étudiée de nos jours cependant, est encore pleine de mystères.

M. Bardou a pu montrer que, si d'une part l'étude biochimique des Bactériacées constitue vraisemblablement le procédé de choix pour le procédé scientifique, d'autre part le chimiste trouvera dans les Bactéries des auxiliaires précieux pour l'hydrolyse des albuminoïdes.

En effet, les Bactéries paraissent disséquer avec précaution les molécules les plus complexes. Des séries d'espèces, judicieusement choisies, mises au travail dans un ordre déterminé, permettront un jour de désagréger lentement et régulièrement les albuminoïdes; elles les découperont en petits fragments, par stades successifs; elles en détacheront, pierre à pierre, les divers éléments; elles démoliront l'édifice graduellement, sans le bouleverser et sans en détériorer les matériaux.

L'hydrolyse chimique, actuellement utilisée dans ce genre de recherches, est brutale; elle bouscule les agrégats, casse les molécules, brûle tous les éléments fragiles, et donne par suite des résultats incertains et inconstants.

Quelles que soient les difficultés de ce genre d'études, il semble que ce soit dans cette direction qu'on doive à l'avenir orienter les recherches sur les Bactériacées.

Car l'on peut ainsi caractériser avec une certaine netteté les fonctions bactériennes; l'on peut préciser le mode de vie des bactéries déjà décrites au point de vue morphologique, et leur accorder, après mûr examen, droit de cité dans le catalogue des espèces, avec infiniment plus de certitude.

M. Bardou a étudié rapidement la morphologie des espèces, qu'il présente dans son travail, sans d'ailleurs leur donner de noms. M. Bardou ne paraît pas attacher une grande importance aux formes bactériennes; partisan probable du polymorphisme des B., considérant les B. comme des êtres « très sensibles aux moindres variations mésologiques », il ne croit guère possible de baser uniquement sur leurs formes et leurs dimensions une classification valable.

Malgré ce dédain à peine déguisé pour la morphologie, l'auteur a cependant noté avec soin les diverses phases du développement de ces espèces dans la plupart des milieux usuels.

Il a d'ailleurs paru prendre un malin plaisir à noter parallèlement les modifications culturales et morphologiques apportées par les changements les plus modestes dans la composition des milieux. C'est ainsi qu'il a étudié le développement des B. dans du sewage peptoné non salé, salé sodique à 6.5 % NaCl, salé potassique à 6.5 % KCl et dans du sewage non peptoné mais simplement concentré. Quoique ce rapprochement ait été certes fait intentionnellement, M. Bardou n'a pas cru devoir, au cours de son travail, y faire la moindre allusion ni en tirer une conclusion quelconque.

Nous espérons que dans des travaux ultérieurs une plus grande accumulation de faits permettra à M. Bardou de préciser d'une façon plus nette le fond de sa pensée.

Dr M. B.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Contribution à l'étude du traitement des orchi-épididymites blennorrhagiques par l'iothion**, par le docteur E. Guigues, Montpellier, *Firmin*, 1906.

— **Le cerveau sénile**, par le docteur A. Léri, rapport au XVIe Congrès des aliénistes et neurologistes.

— **Valeur comparée de l'épuration biologique et de l'épandage agricole**, par le docteur Calmette, extrait de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 500. Dixième Année. N° 32. Le Numéro : 10 centimes 12 Août 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 30 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas d'épithélioma de la vulve

par les docteurs **Drucbert** et **Leroy**

D'abord étudiées en 1751 en en 1756 par Morgagni et par André, les tumeurs malignes de la vulve disparurent de la littérature médicale jusqu'en 1844, époque à laquelle Riberi en publie un certain nombre de cas. En 1852 Jarjavay et en 1869 Melchiori en rapportent à leur tour quelques observations ; mais c'est seulement à partir de 1885 avec le mémoire de Zweifel que la nature de ces néoplasies se précise et qu'on commence à distinguer les tumeurs épithéliales des tumeurs d'origine conjonctive. Leur évolution clinique et leur thérapeutique sont dès lors mieux étudiées.

Pour ne parler que des premières, c'est-à-dire des épithéliomas primitifs de la vulve, Goldsmidt pour sa thèse de 1902 a pu en grouper 215 cas qui représentaient, selon lui, la totalité des faits connus à cette époque (1). Des cas assez nombreux ont été publiés depuis et, à ne considérer que les travaux les plus récents, nous voyons que la thèse de Mauxion en renferme quatre nouveaux (2) et que l'intéressante publication de Howard Dittrick est basée sur l'étude de six observations inédites (3).

Pour ce dernier auteur, l'épithélioma de la vulve s'observe dans 0,22 % des malades atteintes d'affection gynécologique et dans 5,66 % des femmes atteintes de cancer de l'appareil génital. Il constitue donc une affection peu banale et nous tenons pour cette raison à signaler les deux cas que nous venons d'observer.

Observation I.

Céline J..., 43 ans, entre le 22 mars 1906 dans le service de M. le professeur Dubar à l'Hôpital de la Charité.

(1) Goldmisdt, thèse Leipzig, 1902.
(2) Mauxion, thèse Paris, 1905.
(3) Howard Dittrick, *the American Journal of the medical sciences*, août 1905.

Elle se plaint de douleurs très vives lors des mictions et a un écoulement vaginal continuel et fétide.

Ses antécédents de famille ne comportent aucune particularité intéressante (mère morte de variole. Père décédé accidentellement. Quatre frères et sœurs vivants et bien portants).

Elle même n'a jamais été malade. Réglée à 16 ans, elle n'a jamais présenté de troubles de la menstruation.

Elle a eu 4 enfants, le dernier il y a onze ans. Les grossesses ont été normales et les accouchements faciles.

Le 25 décembre 1904, elle s'aperçut par hasard qu'elle portait à la face interne de la grande lèvre droite un bouton gros comme un pois, dur et non douloureux. Comme elle n'en était point incommodée et que sa santé demeurait bonne, elle n'y prêta pas d'autre attention.

Cet état persista jusqu'en septembre 1905. A ce moment elle découvrit qu'à l'induration avait succédé une vaste ulcération et elle commença à éprouver, au moment des mictions, de violentes cuissons déterminées par le contact des urines et de la surface ulcérée.

Le mois suivant, trois jours avant ses règles, elle eut une hémorrhagie très abondante qui dura toute une nuit et qui s'accompagna de douleurs vives dans le bas ventre et dans les reins. Des hémorrhagies aussi sérieuses reparurent depuis à chaque époque menstruelle. Des douleurs intolérables, continues et s'exagérant au moment des mictions s'installèrent peu à peu.

Un écoulement sanieux, séro-purulent très fétide apparut bientôt.

La malade dut s'aliter en décembre 1905. Dès lors son état ne fit qu'empirer, les douleurs locales devinrent bientôt intolérables et elle se mit à maigrir. Cependant l'appétit persistait, les selles restaient normales et les urines demeuraient limpides.

A son arrivée dans le service, la malade, une femme grasse et obèse, au teint jaune et blafard, raconte qu'elle souffre seulement au niveau de la vulve et qu'elle n'a éprouvé de douleurs lombaires qu'au moment de ses hémorrhagies.

En l'examinant, on remarque que la face externe des grandes lèvres et la région sus-pubienne sont le siège d'un œdème dur. Il faut écarter les grandes lèvres pour constater que celle de droite est envahie sur toute sa face interne par une large ulcération végétante, anfractueux et couverte d'une sanie ichoreuse et fétide. La petite lèvre du même côté est détruite. L'ulcération qui s'étend en arrière jusqu'à la fourchette, passe en avant sur la ligne médiane détruisant le clitoris et entourant le méat dont les bords sont respectés. Elle occupe enfin les petite et grande lèvres gauches et s'étale sur les deux tiers antérieurs de la face interne de cette dernière.

La partie supéro-interne des cuisses et les plis génito cruraux sont rouges et enflammés par l'action irritante des liquides secrétés.

La palpation montre que du côté droit, l'ulcération repose sur une base indurée qui se prolonge jusque dans la région inguinale. Il existe de ce côté quelques ganglions inguinaux difficiles à sentir en raison de l'obésité de la malade.

A gauche l'induration est moins étendue et la région inguinale paraît saine.

Toute la zone ulcérée est atrocement douloureuse au moindre contact et il est impossible d'introduire le doigt dans le vagin qui n'est d'ailleurs pas envahi.

La malade est opérée le 30 mars.

Une incision pratiquée sur la face externe de la grande lèvre droite à partir des limites postérieures du mal remonte vers le mont de Vénus, le contourne et redescend le long de la face externe de la grande lèvre gauche au-delà des limites de l'ulcération. Une seconde incision ayant le même point de départ que la première et entamant la muqueuse du vagin permet de détacher peu à peu les grande et petite lèvres droites. Une sonde introduite dans l'urèthre qui est sain en facilite la dissection sur une hauteur d'un centimètre et demi à partir du méat. Le clitoris et la portion vestibulaire sont à leur tour détachés et la seconde incision longeant le côté interne du bord adhérent de la petite lèvre gauche, entamant même légèrement la paroi vaginale, va rejoindre la portion terminale de la première. On peut ainsi enlever d'un seul coup toute la masse ulcérée. On passe ensuite à l'ablation des ganglions inguinaux du côté droit. L'un d'eux gros comme une noix est en dégénérescence kystique. Il contient un liquide séreux et louche. Il est très adhérent et son ablation est laborieuse. Tout le tissu cellulaire environnant est réséqué. Pour réparer la large perte de substance produite par cette intervention, on suture les bords de l'incision vaginale à ceux de l'incision cutanée.

La portion antérieure et médiane de la muqueuse du vagin est disséquée sur une hauteur de 4 à 5 cent. Le lambeau ainsi obtenu est divisé en deux lambeaux secondaires qui sont attirés en avant et en haut de chaque côté de l'urèthre fixés au méat, au-dessus duquel ils sont enfin réunis l'un à l'autre.

En outre un lambeau assez large est taillé aux dépens de la région de la fosse iliaque droite afin de couvrir la perte de substance produite au niveau du pli inguinal de ce côté.

On fixe enfin une sonde à demeure dans la vessie. Le résultat esthétique est satisfaisant.

Au dixième jour les points de suture sont coupés. Le lambeau inguinal se sphacèle. La cicatrisation se poursuit à ce niveau par bourgeonnement.

L'examen histologique de fragments pris ça et là dans la tumeur montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé. On voit par place sur la coupe des globes épidermiques très nets.

Observation II

Madame X... entre à la maison de santé de la Charité en avril 1906 sur les conseils de M. le docteur DRUCBERT pour une vaste ulcération périnéale suintante et fétide.

Antécédents de famille : Père mort d'affection cardiaque à 37 ans ; mère morte à 84 ans. Onze frères et sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels : mariée à 20 ans, a eu entre 20 et 26 ans 4 accouchements à terme. Deux enfants sont morts en bas âge. Infection puerpérale assez sérieuse après le dernier accouchement. Depuis a toujours été réglée normalement jusqu'à la ménopause à 49 ans. Ni hémorrhagies ni pertes. Son affection a débuté il y a 6 ans par une petite induration indolore développée sur la face interne de la grande lèvre droite. Malgré de grands soins de propreté, cette induration gagna peu à peu en surfce, s'ulcéra et provoqua un suintement sanguinolent et fétide. Il y a deux ans, un médecin proposa comme traitement des cautérisations qui furent refusées. Actuellement, en faisant écarter les cuisses de la malade, on constate sur toute la moitié inférieure de la grande lèvre droite et sur le tiers inférieur de la grande lèvre gauche, la présence d'une ulcération à bord garnis de bourgeons végétants ayant par places un aspect papillomateux. Cette ulcération, qui repose sur une base indurée peu mobile, a envahi en outre la totalité du périnée, et la tumeur, contournant l'anus, forme autour du rectum une sorte d'étui rigide remontant à 5 centimètres au-dessus de l'anus qui est le siège de grosses hémorrhoïdes. Il existe au pli de l'aine du côté droit de volumineux ganglions. La malade tourmentée par l'abondance et la fétidité de son écoulement, par des douleurs incessantes et atroces, encore exagérées au moment des mictions par le contact de l'urine et des parties ulcérées et par une grande gêne de la défécation, consent à être opérée.

L'opération fut pratiquée le 13 avril 1906, par MM. DRUCBERT et LEROY.

On commença par l'ablation des ganglions du pli de l'aine. L'un d'eux, gros comme un œuf de pigeon, était ramolli et contenait en son centre une bouillie épaisse et grisâtre.

La grande lèvre droite et la partie inférieure de la grande lèvre gauche furent ensuite enlevées au bistouri. Puis la paroi postérieure du vagin fut sectionnée au-delà des limites de la tumeur, et après avoir circonscrit l'anus par une incision cutanée, on pratique l'ablation de l'anus et du rectum sur une hauteur de 7 cent.

Les deux grandes lèvres furent reconstituées avec la peau du pli crural et la muqueuse des petites lèvres suturées l'une à l'autre. On refit un périnée en rapprochant avec des fils d'argent la partie inférieure des grandes lèvres qu'on venait de reconstituer.

Le rectum fut abaissé et suturé à la partie postérieure de la plaie après une torsion d'un quart de tour.

Sonde à demeure dans l'urèthre.

Le 10 jour, les fils d'argent ayant été coupé furent enlevés. A ce moment les lèvres étaient cicatrisées, mais le périnée a cédé. Il restait à droite de l'anus une petite surface non cicatrisée.

La guérison survint néanmoins assez rapidement par bourgeonnement.

Les douleurs et l'écoulement disparurent. La miction devint facile et indolore. Il n'y eut point d'incontinence des matières.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait ici encore d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Tant au point de vue de leur mode d'apparition qu'à celui de leur structure anatomique, nous avons eu affaire à deux néoplasies identiques, ayant amené à peu près les mêmes dégâts c'est-à-dire la destruction de la presque totalité de la grande lèvre droite et d'un tiers environ de la grande lèvre gauche.

Cette analogie se retrouve dans l'histoire clinique de nos malades, et c'est uniquement pour être soulagée d'un écoulement très fétide et de douleurs atroces que chacune d'elles s'est décidée à se faire opérer. Deux points cependant différencient nos observations. C'est, d'une part, le mode de propagation et d'autre part, la durée d'évolution de la tumeur.

Celle-ci en effet a bien débuté chez nos deux malades

par une induration de la face interne de la grande lèvre droite ;mais, alors que chez la première elle n'a pas mis plus de quinze mois pour gagner les deux tiers antérieurs de la grande lèvre gauche en détruisant en avant le vestibule et le clitoris, chez la seconde au contraire elle s'est propagée en arrière, a envahi le périnée et ce n'est qu'au bout de six années qu'elle a fini par détruire le tiers postérieur de la grande lèvre gauche.

Il y a donc au moins au point de vue de la rapidité de leur extension une différence très nette entre ces deux tumeurs. Cela ne saurait surprendre. L'évolution des épithéliomas ou cancroïdes de la vulve est en effet assez capricieuse et varie d'une malade à une autre. Mais quelle en est la raison ?

On ne peut invoquer ici la nature du terrain, car il s'agissait dans nos deux cas de femmes robustes et sans tares physiologiques.

Il en est de même de l'âge de nos malades. Il existait bien entre elles une différence d'âge assez sensible, puisqu'elles avaient respectivement l'une 57 ans et l'autre 43 ans. Mais peut-on admettre que cette dernière soit une jeune femme ? Et d'ailleurs, dire que le cancer évolue en général plus rapidement chez ces femmes jeunes, c'est constater un fait sans l'expliquer.

Par contre le mode de propagation des deux tumeurs semble n'avoir pas été étranger à la rapidité de leur extension, On sait que les épithéliomas de la peau, ceux de la face par exemple, évoluent en général assez lentement jusqu'au moment où les muqueuses sont envahies pour revêtir alors une allure parfois très rapide : témoin le cancroïde de la lèvre. Or chez notre première malade la tumeur paraît s'être surtout propagée du côté des muqueuses (petites lèvres, vestibule, clitoris), alors que chez la seconde elle s'est portée vers une surface cutanée, le périnée, sans toucher à la muqueuse rectale. Dans le premier cas, la lésion a présenté d'abord une phase de latence assez longue, et on peut se demander si son accroissement rapide ne date pas du jour ou elle « a mordu » la muqueuse. Sans doute on n'est pas d'accord sur la constitution de l'enveloppe tégumentaire des petites lèvres. Kolliker et Gerlach la décrivent en effet comme une muqueuse ; d'autres comme Carrard la rattachement à la peau ; d'autres enfin la considèrent comme une membrane de transition entre la peau des grandes lèvres et la muqueuse du vestibule. Néanmoins, et par analogie avec ce qu'on observe dans le cancroïde de la lèvre, la présence d'un revêtement muqueux nettement constitué au niveau du vestibule et du clitoris rendent admissible l'hypothèse que nous venons d'émettre.

En tout cas une autre raison peut encore être invoquée pour expliquer la marche si dissemblable des lésions chez nos deux malades. N'est-il pas permis en effet de penser qu'il y aurait dans la constitution intime de ces deux néoplasies en apparence identiques des différences que nos moyens actuels d'investigation ne nous permettent pas d'apprécier ?

Du reste cette supposition a déjà été faite par Pichevin à propos des épithéliomas du vagin. Frappé en effet de la lenteur d'évolution que présentent parfois ces cancers, notamment lorsqu'ils se développent sur des plaques de leucoplasie, Pichevin se demande s'il n'existerait pas non pas une, mais plusieurs variétés d'épithéliomas du vagin. « Il semble, dit-il, que ces épithéliomas qui au « point de vue microscopique ne diffèrent en rien des « épithéliomas vulgaires ne sont pas les mêmes que « ceux-ci au point de vue de la marche des lésions, de « la lenteur de propagation et de généralisation. Ce fait « n'est-il pas de nature à faire croire qu'il n'existe pas « un épithélioma de l'utérus et du vagin, mais des épi- « théliomas de la matrice et du vagin. Quand on voit « certains épithéliomas marcher avec une rapidité fou- « droyante chez des jeunes femmes, évoluer lentement « chez les femmes âgées, plus lentement encore quand « ils succèdent à des lésions comme la leucoplasie, on « est en droit de se rallier à l'hypothèse précédente et « d'attendre des progrès de la microscopie la démonstra- « tion des différences anatomiques constatées dans la « marche des différents épithéliomas (1) ».

Ce qu'on suppose pour le vagin peut à bon droit s'appliquer à la vulve, puisque le cancer s'y développe parfois dans les mêmes conditions. Bien que rien n'autorise à penser que chez notre seconde malade, la lésion ait pris naissance sur une plaque leucoplasique (son siège initial indique au contraire qu'il n'en a pas été ainsi), l'hypothèse de Pichevin nous paraît mériter d'être retenue et généralisée. D'ailleurs l'absence de cette donnée étiologique ne lui enlève rien de sa valeur.

Quel est maintenant l'avenir de nos malades ? Malgré une intervention large et une ablation soignée des ganglions il n'apparaît guère comme très rassurant.

La généralisation du cancer de la vulve est rare. Pour Mannion et Goldsmidt, il n'y aurait que deux cas connus de généralisation appartenant l'un à Mayor et l'autre à Schwarze. Encore faut-il ajouter que le premier seul se

(1) Pichevin, *Gazette de gynécologie*, 1904.

l'examen microscopique de la tumeur supposée métastatique n'a pas été pratiqué. Donc là n'est pas le danger.
rait indiscutable puisque chez la malade de SCHWARZE

Au contraire la récidive est à redouter. Une statistique de GOLDSMIDT portant sur 169 cas indique 152 récidives sur place ou dans la région et 17 guérisons.

Sur 47 cas, MANXION en compte 18 qui n'ont pas récidivé de un à neuf ans après l'opération et 29 qui ont récidivé dans un espace de trois mois à dix ans.

Enfin pour HOWARD DITTRICK la bénignité relative du cancer de la vulve est un mythe. Pour lui en effet la récidive est presque inévitable et il n'existe pas de cas où elle ait tardé plus de six ans.

Il est évident que les statistiques de ces divers auteurs ne reposent pas sur les mêmes bases. Il se dégage néanmoins des observations sur lesquelles ils s'appuient, que les résultats les plus favorables ont été obtenus dans les cas où la tumeur a été enlevée alors qu'elle était peu développée, avant que les ganglions inguinaux aient été touchés ou alors qu'ils n'étaient pas encore adhérents. Aussi la règle thérapeutique ne diffère en rien ici de celle des autres cancers. Il faut opérer de bonne heure. On se méfiera donc de toute induration suspecte développée au niveau des grandes lèvres et on l'enlèvera sans tarder quitte à s'assurer ensuite par l'examen histologique qu'il s'agissait bien d'une néoformation épithéliale. Au besoin même l'intervention serait suivie d'un évidement lymphatique.

L'opération ainsi comprise est bénigne et elle seule offre quelque garantie pour l'avenir. Il ne faudra pas cependant se trop bercer d'illusion et il sera prudent de toujours réserver son pronostic.

Localisations parotidiennes de l'appendicite

par le docteur **Henri Douriez** (d'Abbeville)

J'ai eu l'occasion de rencontrer deux cas de parotidite consécutive à l'appendicite. En voici les observations :

1re OBSERVATION PERSONNELLE

Monsieur B... de Monchaux-lez-Gamaches âgé de 50 ans, est atteint dans les premiers jours de février 1902 d'une appendicite aiguë : c'est la première crise diagnostiquée. Dès la venue de son médecin Mr Mercier, il est mis au traitement de rigueur, diète et repos. Néanmoins l'état s'aggrave et le 15 février je le vois en consultation avec mon confrère. Les vomissements ont cessé ; pas de garde-robes, mais émission de quelques vents dans la nuit précédente. Le ventre est modérément ballonné, très sensible à la pression dans la fosse iliaque droite ; la défense musculaire et l'hypéresthésie cutanée complètent le tableau classique, mais gênent la palpation. On arrive pourtant à délimiter une zone large comme une paume de main, indurée plutôt qu'empâtée. Le pouls est à 115, avec quelques irrégularités, la température axillaire à 38°2 ; la respiration un peu accélérée (24 respirations à la minute) elle est superficielle à type costal supérieur. Le foie n'est pas douloureux et ne déborde pas. Pas trace d'albumine dans les urines. La rate n'est pas grosse.

L'état général est franchement mauvais, le teint terreux, le facies grippé, la langue très saburrale, les dents couvertes de tartre, sèches, presque fuligineuses, l'haleine fétide.

L'incision fut faite le lendemain 16, avec l'assistance de mes distingués confrères MM. Mercier et Ranson. A travers des noyaux d'épiploïte adhérents à la paroi et dissociés avec prudence, filtre le pus d'un petit abcès pré-appendiculaire ; l'appendice, non perforé, est coudé vers son milieu, blindé de fausses membranes sur sa face antérieure, très congestionné en arrière. Il contient un calcul stercoral triangulaire à angles très pointus : on dirait une épine de ronces .

Résection de l'appendice. Large drainage. Pansement.

Le 17 février. Matin, température axilaire 37.3 ; pouls 84. — Soir température 37°5 ; pouls 90. Aucun vomissement. Pas de gaz.

Le 18 février. Etat analogue. Emission de quelques gaz par l'anus.

Le 19 février. 3 garde-robes, abondantes, spontanées. Le pouls et la température restent les mêmes ; mais un léger subictère teinte les conjonctives. Le pansement est fait ; les drains renouvelés.

Le 20 février, dès le matin le pouls remonte à 96, la température à 38°. Le ventre d'ailleurs est souple. Au pansement rien d'anormal.

Il en est de même le 21, mais la température atteint 38°5.

Le 22, à sa visite matinale M. Mercier constate un gonflement marqué de la région parotidienne gauche avec dysphagie, douleurs vives, température à 39°. La tuméfaction est apparue brusquement depuis la veille.

Le 23, l'empâtement est considérable, il y a de l'œdème palpébral du côté gauche. Mon confrère Mercier donne un coup de bistouri et dissocie le parenchyme à la soude

cannelée ; il n'y a pas de pus collecté, mais une sérosité louche imprègne les compresses .

Le 24, la température a diminué, elle est retombée à 37°1. Le pansement parotidien est traversé ; la plaie abdominale suppure à pleins drains. L'état général n'est pas mauvais et le fonctionnement digestif ne laisse rien à désirer .

Durant la quinzaine qui suivit, le phlegmon parotidien s'étendit à nouveau : quelques pulvérisations boriquées et la prolongation de l'incision eurent raison de cette poussée, et la cicatrisation se fit sans incident au bout d'une quinzaine de jours. A aucun moment il n'y avait eu de phénomènes de paralysie ou de contracture du nerf facial.

Quelques jours après, fermeture de la plaie abdominale.

2e Observation Personnelle

Le 25 décembre 1905, le jeune Leclercq de Cambron âgé de quatorze ans est pris brusquement de douleurs très vives dans le ventre. Dès le lendemain 26, les parents lui administrent un purgatif ; aussi les douleurs redoublent. Et dans la nuit les vomissements entrent en scène. Ce n'est toutefois que le 28 que l'on appelle un médecin, mon ami Tacquet. Celui-ci constate une appendicite aiguë, à forme inflammatoire ; température axillaire 39°8, pouls à 108 ; empâtement et défense dans la fosse iliaque ; ventre ballonné ; ni gaz ni selles. La face est rouge, vultueuse. Les douleurs très vives se succèdent par accès. Deux vessies de glace sur le ventre, diète complète et sérum salé.

Dès le 29, sous l'influence bienfaisante du traitement, les phénomènes douloureux se sont atténués ; il ny a eu qu'un nouveau vomissement peu abondant. Le thermomètre n'a guère baissé : 39°6 ; mais le pouls aux environs de 105 est bon, bien frappé. Il y a eu quelques évacuations gazeuses ; peut-être le ventre est-il moins ballonné. En tout cas le facies est meilleur, plus reposé.

Le 30, la situation est sensiblement la même.

Le 31, les douleurs ont reparu très vives ; il y a du hoquet. Le pouls monte à 115, les traits se tirent. On décide d'intervenir.

Le 2 janvier avec mes amis Tacquet et Hecquet j'incise l'abcès iliaque et resèque l'appendice. L'incision est laissée large ouverte. Durant les premiers jours, un litre de sérum en injections sous-cutanées.

Dès l'ouverture de la collection, douleur, température, accélération du pouls s'amendèrent brusquement; grâce aux pansements fréquemment renouvelés, le petit malade s'acheminait à grands pas vers la guérison, quand, le 9 janvier, sans élévation thermique nouvelle, il présente une tuméfaction volumineuse parotidienne du côté gauche. Lavages de la bouche à l'eau naphtolée ; compresses humides à l'extérieur : tel fut le traitement institué. Sous son influence la congestion rétrocéda en une dizaine de jours, sans avoir suppuré, sans même avoir influencé la courbe thermique.

La plaie abdominale se ferma vers la fin de janvier.

Il m'a paru intéressant de rechercher les cas analogues dans la littérature médicale ; nul doute qu'ils n'aient été observés plus d'une fois ; mais, en France, du moins, on n'en a publié que deux. Je les emprunte à la thèse de Bossert (1) (12 février 1903), écrite sous l'inspiration de Schwartz :

1re Observation du Docteur Bossert (in extenso)

Parotidite infectieuse dans le cours d'une appendicite gangréneuse.

Il s'agit d'un garçon de 16 ans, M. N..., opéré par le docteur Schwartz d'une appendicite avec péritonite généralisée par perforation d'un appendice gangréneux. Guérison parfaite. Tout va bien du côté du ventre quand, au bout de trois jours, se montre une tuméfaction douloureuse de la région parotidienne droite que le malade accuse le matin en se réveillant.

L'examen permet de constater un gonflement de toute la région de la parotide, empiétant même jusque sur le cou, gonflement médiocrement douloureux à la pression, sans empâtement. Il n'y a pas de rougeur de la peau, tout au plus une légère teinte rosée. L'opéré a un peu de peine à ouvrir la bouche, mais la contracture de la mâchoire est peu intense.

Il s'agit manifestement d'un début de parotidite qui vu l'état infectieux du malade donne de graves préoccupations.

Toutefois sous l'influence du traitement : lavages de la bouche avec un gargarisme à la résorcine à 2 %, application de glace à l'état permanent sur la région menacée, la formation du phlegmon a pu être conjurée ; progressivement et au bout de 5 jours, tout danger de ce chef est écarté et l'opéré guérit parfaitement.

2e Observation du Docteur Bossert (résumée)

Appendicite aiguë à forme toxique. Ictère toxi-appendiculaire avec infection des voies salivaires. Parotidite phlegmoneuse droite ; opération ; guérison.

Madame Louise R..., 45 ans, prise le 23 juillet 1902

(1) Edouard Bossert. — Thèse de doctorat : Contribution à l'étude des parotidites infectieuses. Chez Maloine, 1903.

de brusques douleurs abdominales, se purge ; résultat : garde-robes et vomissements.

Le 24, ictère prononcé et graves phénomènes généraux.

Le 26, entrée à Cochin, service du docteur Chauffard, pour l'ictère.

Le 27, transférée dans le service du docteur Schwartz pour appendicite toxique. Opérée ce même jour : appendice rouge, sans adhérences, sans exsudat, cœcum vascularisé, un peu de liquide dans le ventre. Résection de l'appendice. Drainage.

Ultérieurement, suites normales du côté de la plaie. Mais l'ictère persiste : coloration des téguments, pigments biliaires et albumine dans l'urine, décoloration des fèces. Il ne devait disparaître que vers le 15 août.

Le 1er août, incident nouveau : parotidite droite qu'il faut ouvrir le 4 ; pas de pus collecté mais « l'aspect des « tissus et celui de la sérosité qui s'écoule rappelle celui « d'une angine de Ludwig ». Vers le 20 août, la plaie détergée depuis quelques jours est en bonne voie de guérison.

Quatre observations, c'est peu pour esquisser une étude d'ensemble sur la question et je ne m'y risquerai pas ; mais encore peut-on présenter quelques réflexions au point de vue de la pathogénie, des symptômes et du traitement de cette complication de l'appendicite.

Pathogénie

Les cas publiés en cette courte revue visent tous quatre des parotidites suites d'appendicite et consécutives à l'intervention pratiquée à chaud. Est-ce pure coïncidence, et faut-il faire intervenir un processus embolique, favorisé par les ruptures d'adhérences, les manipulations d'un organe infecté ? Ce concept en soi n'a rien de contradictoire. Mais j'incline plutôt à croire, non à une infection sanguine, à une localisation pyohémique, mais plutôt à une infection muqueuse ascendante. Dans nombre d'appendicites, la lésion locale l'amygdalite appendiculaire n'est pas toute la maladie, il y a infection générale du tube digestif avec localisation maxima au niveau du vermis. La tribune de l'Académie retentit encore des communications de MM. Reclus et Richelot qui voient dans beaucoup d'appendicites un épisode aigu d'une enterocolite concomitante. Les glandes annexes du tube digestif peuvent à leur tour être envahies par voie muqueuse ascendante. En ce qui concerne les voies biliaires et le foie, l'association de l'angio-cholécystite et de l'appendicite a été signalée bien des fois ; et l'une des observations de Bossert témoigne de l'existence de ces infections concomitantes et parallèles.

Sans doute en va-t-il de même pour la parotide. D'une part, la diète avec ses conséquences : l'absence de la chasse salivaire physiologique qui à chaque repas nettoie mécaniquement les canaux de Stenon ; d'autre part des circonstances qui exaltent la virulence des microbes de la bouche ; l'état saburral de la muqueuse, la malpropreté des dents, les vomissements, peut-être en certains cas les plaies linguales causées par la pince à langue, — ne voilà-t-il pas une série de conditions favorables à l'infection des voies salivaires.

Formes cliniques.

Comme pour toutes les parotidites infectieuses, il y a lieu de distinguer entre 1° la forme bénigne où malgré le volume de la tuméfaction, l'intensité de la douleur tout se borne à un mouvement fluxionnaire, pour finir par une résolution rapide et 2°) la forme grave, phlegmoneuse, qui aboutit à la suppuration et ne guérit que par l'incision large.

C'est, d'ailleurs, la marche seule de la maladie qui permet de faire la distinction entre ces deux modalités : puisque dans tous les cas, le début est le même, brusque et l'apparence extérieure pareille : gonflement considérable.

Traitement.

Il doit être prophylactique. Avant l'intervention, savonnage des dents, lavages répétés à l'eau naphtolée saturée ou à l'eau oxygénée coupée par moitié d'eau alcaline. Après l'intervention, et surtout s'il survient des vomissements, nettoyage de la cavité buccale avec des tampons imbibés d'eau naphtolée.

Mais l'infection parotidienne est constituée ? Que faut-il faire ? d'abord les mêmes soins de propreté minutieuse ; puis, s'il n'y a pas de contre indications abdominales, un léger purgatif. Sur la région parotidienne, compresses humides.

Malgré tout, le mal évolue, il y a phlegmon. Ne pas attendre le pus collecté, inciser de très bonne heure mais prudemment ; le bistouri ouvre la peau, la sonde cannelée dissocie le parenchyme. Eviter le facial Car d'être un balafré du ventre, ce n'est pas grave sous nos climats ; mais, une balafre au visage avec la bouche de travers c'est une perspective peu riante pour l'opéré certes et... pour l'opérateur.

Consultations Médico-Chirurgicales

Ankylostomiase

Dr M. Breton.

INFORMATIONS CLINIQUES. — 1° Un mineur, un briquetier, perd progressivement ses forces depuis quelques semaines et il attribue cette faiblesse à l'existence de troubles gastro-intestinaux : Il ressent en effet une douleur épigastrique discontinue, augmentée par la pression, momentanément calmée par l'ingestion d'aliments, mais l'appétit n'est pas influencé. En même temps, il présente de l'anhélation qu'accompagne une bronchite catarrhale intense, des palpitations cardiaques à l'occasion de tout effort, de l'anémie accusée par des bruits de souffle, des vertiges, de la céphalalgie, des névralgies, etc., enfin des dermatoses consistant en pustules d'acné, érythèmes palmaires et plantaires, éruption eczémateuse aux plis de flexions. Une fièvre subcontinue ou intermittente peut apparaître, en même temps que le sujet perd complètement le goût du travail. C'est un cas *d'ankylostomiase à la période d'incubation*, qu'il sera impossible de diagnostiquer sans avoir constaté les œufs du parasite dans les selles.

2° Ce même mineur, ce même briquetier a vu son anémie progresser, se manifester non seulement par des signes stéthoscopiques cardio-vasculaires, mais surtout par des caractères hématologiques particuliers : le taux de l'hémoglobine a fortement fléchi ; l'hypoglobulie répond au troisième degré de Hayem : les éléments figurés ont subi des altérations considérables : hématies nucléées, très nombreux mégaloblastes, résistance des hématies affaiblie présence des microcytes, surtout formule hémoleucocytaire, consistant en polynucléose avec éosinophilie, celle-ci s'accompagnant d'une réduction du nombre des neutrophiles et d'une augmentation de celui des mononucléaires. En outre, des troubles nerveux sont survenus : hypersensibilité de la peau, mouvements volontaires brusques, mal coordonnés, réflexes cutanés et tendineux exagérés, force musculaire affaiblie. Comme troubles sensoriels la dilatation pupillaire et des modifications profondes du fond de l'œil qui expliquent la diminution de la vision et parfois l'amblyopie. Les troubles digestifs persistent, moins accusés toutefois, et les déjections renferment fréquemment des petites masses sanguines que l'on décèle par l'épreuve du papier buvard. Au total état général mauvais, mais malgré l'anémie, l'individu ne s'amaigrit pas. C'est l'*ankylostomiase à la période d'état* que fera diagnostiquer avec certitude la constatation d'œufs d'ankylostome ; c'est la forme commune à nos régions.

INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES, PATHOGÉNIQUES ET BIOLOGIQUES. — Maladie contagieuse, ayant une cause déterminante spécifique et des causes favorisantes qui dérivent de l'individu et du milieu social dans lequel il vit, l'ankylostomiase est donc évitable par des moyens prophylactiques, curable par une thérapeutique appropriée.

L'agent contagieux est la larve de l'ankylostome. Celui-ci est un ver de l'ordre des nématodes. On le trouve fixé par des crochets buccaux à la muqueuse intestinale des individus infectés. C'est dans l'intestin qu'il vit et s'accouple à la femelle dont la ponte va suivre de près le rapprochement. Les œufs expulsés se développeront à l'air libre et dans les milieux boueux, s'ils rencontrent des conditions physiques (chaleur et humidité), favorables à leur évolution. La larve mise en liberté, s'enkystera et deviendra infectante six jours après l'éclosion. Dès lors le cycle évolutif se reproduira si la larve peut pénétrer dans l'intestin de l'homme.

Le mode de contage est double : a) Par la bouche, en portant aux lèvres des aliments, une pipe, un bidon que les mains recouvertes de vase ou de boue ont souillés. b) Par la peau, en marchant pieds nus dans la boue.

TRAITEMENT. — L'administration d'un anthelminthique approprié constitue en grande partie le traitement curateur d'un cas d'ankylostomiase. Les moyens hygiéniques avec leur portée plus étendue, résument toute la prophylaxie de la maladie.

Traitement curateur. — Le nombre des substances susceptibles d'être efficacement employées est restreint. **La plupart de celles que l'on utilise vis-à-vis des parasites intestinaux, ténias, trichocéphales, ascaris, oxyures, sont impuissantes vis-à-vis de l'ankylostome.**

Seuls, l'extrait de fougère mâle (ou extrait filicique) et le thymol, administrés l'un ou l'autre à hautes doses avec des purgatifs drastiques donnent de bons résultats.

La **fougère mâle** constitue la base des deux méthodes thérapeutiques employées contre l'ankylostome.

Méthode westphalienne. — Les ouvriers porteurs du ver entrent un lundi à l'hôpital. Dans la soirée, on leur administre un purgatif composé de 0 gr. 25 de poudre de jalap et 0 gr. 25 de calomel. Le mardi on leur fait avaler 8 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle avec 20 à 30 grammes de sirop de séné. Le soir, repas léger, le lendemain, repas. Le mercredi soir, nouvelle purgation avec 0 gr. 25 de jalap et 0 gr. 25 de calomel. Le jeudi matin, encore 8 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle avec 20 à 30 grammes de sirop de séné ; le soir,

repas. Le vendredi soir, troisième purgation avec o gr. 25 de jalap et o gr. 25 de calomel. Le samedi matin, 4 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle et 20 grammes de sirop de séné. Dans la soirée, le malade est autorisé à rentrer chez lui et on ordonne quelques jours de repos.

Méthode liégeoise. — Cette méthode combine l'extrait de fougère mâle et le chloroforme : Le premier jour, purgatif drastique (huile de ricin ou eau-de-vie allemande.) Diète lactée. Le deuxième jour :

Extrait de fougère mâle............	4 grammes.
Chloroforme	2 grammes.

en deux doses administrées à une demi-heure d'intervalle.

Deux heures après : 200 grammes d'eau chloroformée à saturation. Deux heures après :

Eau-de-vie allemande......	20 grammes.
Sirop de nerprun	20 grammes.

Le troisième jour, repos. Le quatrième jour, nouveau purgatif drastique. Le cinquième jour, même traitement que le deuxième jour. Le sixième, repos et sortie du malade.

Chose importante, l'extrait de fougère mâle doit être frais ; aucun accident n'est imputable à l'extrait, si l'on a eu soin de ne pas administrer concurremment l'huile de ricin comme purgatif : l'huile dissout l'acide filicique qui constitue le principe actif de cet extrait et en facilite exagérément l'absorption.

Une spécialité fort connue est le tœnifuge français de Duhourcau, composé d'un mélange d'extrait de fougère mâle et de chloroforme additionné d'une demi-goutte d'huile de croton.

Le **thymol** s'administre à la dose de 4 à 8 grammes en cachets ou en capsules. La veille du traitement le malade est astreint à une diète lactée rigoureuse et le soir, il prend un purgatif : o gr. 50 de calomel associé à o gr. 25 de poudre de jalap ou à 2 gr. de poudre de séné.

Le lendemain matin, faire avaler toutes les deux heures, 2 grammes de thymol jusqu'à concurrence de 4 à 8 grammes. Chaque dose doit être suivie de l'ingestion d'une tasse de tisane chaude.

Repos absolu au lit. Dans l'après-midi, laisser boire du bouillon, du café, du lait, mais exiger l'abstention totale de l'alcool et éviter les purgatifs huileux, l'eau chloroformée, la glycérine, l'éther, qui dissolvent le thymol et en facilitent l'absorption.

L'emploi du thymol n'est pas recommandé chez les cardiaques, les débilités et les individus atteints de lésions chroniques viscérales.

Quel que soit le mode de traitement choisi, il est nécessaire de rechercher les vers dans les déjections et, à cet effet, il faut faire déféquer le malade dans un vase rempli d'eau, malaxer les matières, les dissoudre et les tamiser. On peut ainsi juger du degré relatif de l'infection.

Une fois exécutée cette première partie du traitement curateur, il faut hâter la guérison complète en soignant l'anémie. Celle-ci disparaît sous l'influence d'une nourriture abondante et du repos. Le régime lacté est excellent. On peut y ajouter utilement quelques préparations ferrugineuses ou arsénicales. L'hydrothérapie sous forme de douches froides en pluie est recommandée. Certaines stations thermales où les eaux sont riches en fer, sont utiles pour terminer la cure.

Aucun des symptômes de la maladie n'est justiciable d'une médication spéciale. Ils sont tous sous la dépendance d'un état général défectueux qui réclame à lui seul, l'intervention du médecin.

Traitement prophylactique. — L'infectiosité de l'ankylostomiase étant considérable, il faut prendre des mesures susceptibles d'éteindre sur place la maladie.

a) Les mesures de protection qu'on peut mettre en œuvre pour *empêcher la diffusion de l'ankylostomiase* ont pour objet d'entraver dans une exploitation industrielle indemne l'introduction de tout ouvrier porteur du ver, d'empêcher la contamination des ouvriers indemnes dans un milieu infecté.

Ces mesures ne sont applicables que si elles intéressent une collectivité restreinte telle que celle que l'on rencontre dans une mine de charbon ou de soufre, etc...

Forcer l'examen obligatoire de l'ouvrier à l'embauchage et astreindre ce dernier à une thérapeutique curatrice, sont des indications de premier ordre qu'on ne peut enfreindre.

Certaines mesures découleront aussi de la situation spéciale de l'exploitation visée : par exemple, pour assurer la protection des mineurs indemnes dans les mines infectées, les exploitants soumettront le personnel à un examen médical complet dont la conséquence devra être la cure obligatoire, dans le cas d'infection. Cette cure pénible n'étant jamais bien exécutée à domicile, il y aurait nécessité de la faire soit à l'hôpital, soit dans un dispensaire d'hygiène sociale, tel qu'il en existe dans certaines mines.

b) Il faut aussi *examiner et désinfecter les lieux contaminés*. Cette indication ne peut être remplie par l'emploi d'antiseptiques coûteux, souvent inefficaces et dont l'usage est parfois impossible (vastes exploitations à l'air libre). S'il s'agit de galeries de mines, le meilleur moyen d'assainissement est l'assèchement et la ventilation des galeries, moyens que réalisent des conditions biologiques défavorables à l'évolution des larves. Cette seconde mesure est inapplicable s'il s'agit de vastes épidémies inhérentes aux conditions climatériques d'un pays,

c) Il faut encore *prendre des mesures qui assurent la protection de l'ouvrier contre le contact de larves infectantes*. Ces mesures peuvent être spéciales ou communes à divers types d'exploitation. Prenons l'exemple du mineur : la prophylaxie de la maladie comprendra l'établissement de water-closets à la surface, l'installation des tinettes mobiles au fond de la mine, l'aménagement de bains-douches, de vestiaires, de lavoirs à l'usage de l'ouvrier, l'interdiction de déposer des déjections dans des travaux souterrains.

d) Enfin ces indications n'auront d'efficacité que si elles sont données et mises à profit dans l'esprit le plus large. On devra convaincre l'ouvrier qu'il est gardien d'un vrai patrimoine qui est sa santé corporelle ; il faudra *faire l'éducation prophylactique de l'ouvrier* en lui enseignant la biologie du parasite, les dangers de la maladie, ses modes de transmission. L'individu pourra ainsi éviter, dans les actes normaux de la vie, les fautes d'hygiène qui ont amené l'infection et, ainsi éduqué, il évitera la maladie et deviendra moralisateur après avoir été moralisé.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Thèse de doctorat en médecine, Reproduction par une Revue médicale, Absence d'autorisation de l'auteur, Délit de contrefaçon, Responsabilité de l'éditeur et du secrétaire de la rédaction de la Revue.

Une thèse de doctorat en médecine, jugée digne d'être reproduite dans une Revue médicale ! Le cas n'est peut-être pas fréquent ; il s'est pourtant présenté dernièrement et il a donné lieu à une action en justice, terminée par un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, en date du 25 novembre 1905. Affirmant les droits de l'auteur d'une thèse, rappelant et sanctionnant les devoirs des éditeurs ou rédacteurs d'une Revue, ce jugement est, par là, de nature à présenter un double intérêt.

Or donc, le 18 juillet 1904, un étudiant en médecine, M. Mourlhon, présentait à la Faculté de Médecine de Paris, comme thèse de doctorat, un travail sur l'**Hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées**, travail qui lui valut le diplôme et le titre de docteur en médecine.

Au mois d'août suivant, cette thèse était reproduite dans **La Gynécologie**, sous forme d'article original, avec la signature du docteur Mourlhon, mais à l'insu de celui-ci et sans qu'il ait donné son autorisation. De là, poursuite dirigée tant contre M. Doin, propriétaire-gérant et éditeur, que contre M. Blondel, secrétaire de la rédaction de ladite Revue, devant le tribunal correctionnel de la Seine. Au nom de la société, de la « vindicte publique » le ministère public réclamait contre eux les peines du délit de contrefaçon littéraire et d'édition d'un écrit contrefait. En son nom personnel, et pour la protection de ses intérêts privés, le docteur Mourlhon, se portant partie civile, réclamait, à titre de dommages-intérêts, une somme de 3.000 francs, plus l'insertion du jugement dans trois journaux ou revues à son choix et aux frais des condamnés.

Sur les réquisitions du ministère public, le tribunal fut très bref, mais très affirmatif :

Attendu qu'il résulte des documents de la cause et des débats que, à la date du 18 juillet 1904, le sieur Mourlhon soutenait avec succès sa thèse de docteur en médecine ; qu'au mois d'août suivant la revue **La Gynécologie**, dont le sieur Doin est le propriétaire-gérant et l'éditeur, et le sieur Blondel, le secrétaire de la rédaction, reproduisait la thèse du sieur Mourlhon sous forme d'article original portant la signature du requérant, mais à l'insu de celui-ci et sans son autorisation.

Attendu que cette thèse est la propriété absolue du sieur Mourlhon ; qu'on ne pouvait donc la reproduire sans l'autorisation expresse du requérant ; qu'en outre elle a été reproduite partiellement tronquée, et que les suppressions ou altérations opérées lui enlèvent une partie de sa valeur scientifique.

Par ces motis, déclare Doin et Blondel coupables d'avoir, dans le courant de l'année 1904, à Paris, commis le délit de contrefaçon et d'édition d'un écrit contrefait, prévu et puni par la loi des 19-24 juillet 1793 et les articles 425, 426, 427 et 429 du Code pénal, etc.

Faisant application des articles 425, 426 et 427 précités, condamne Doin et Blondel chacun et solidairement à 100 fr. d'amende.

Sur les conclusions du docteur Mourlhon, partie civile, le tribunal reconnaît également leur bien fondé, c'est-à-dire l'existence d'un préjudice illicitement causé à l'auteur de l'écrit reproduit. Seulement, usant du pouvoir discrétionnaire qui lui appartient pour l'évaluation de ce préjudice, il ne fait droit que dans une moindre mesure à la demande du plaignant :

Attendu que, par suite des faits ci-dessus relatés et réprimés, le sieur Mourlhon a éprouvé un préjudice dont il lui est dû réparation ; qu'il conclut en conséquence à l'allocation d'une somme de 3.000 francs représentant le préjudice qu'il estime avoir souffert et en outre, à titre de supplément de dommages-intérêts l'insertion du jugement dans trois journaux ou revues à son choix et aux frais des condamnés.

Mais attendu que le tribunal possède les éléments d'appréciation suffisants pour fixer le montant du dommage à réparer à la somme de 500 francs ;

Par ces motifs, condamne Doin et Blondel par toutes voies de droit et même par corps à payer solidairement au sieur Mourlhon, la somme de 500 francs à titre de dommages-inté-

rêts ; les condamne en outre solidairement aux dépens, lesquels avancés par le demandeur sont liquidés à la somme de 9 fr. 10 ; fixe au minimum la durée de la contrainte par corps s'il y a lieu de l'exercer pour le recouvrement de l'amende et des dommages-intérêts ; prononce en conformité des articles 427 « in fine » et 429 du Code pénal, la confiscation des exemplaires de **La Gynécologie** et de ceux pouvant rester entre les mains des condamnés ainsi que des planches ou matrices de l'écrit contrefait ; rejette le surplus des conclusions.

Cette décision est, en droit, à l'abri de toute critique. Elle offre une application pure et simple de l'article 1er de la loi des 19-24 juillet 1793, relative aux droits de propriété des auteurs, compositeurs de musique, peintres et dessinateurs, article ainsi conçu :

« Les auteurs d'écrits en tout genre, les compositeurs de musique, les peintres et dessinateurs qui feront graver des tableaux ou dessins, jouiront durant leur vie entière, du droit exclusif de vendre, faire vendre, distribuer leurs ouvrages dans le territoire de la République, et d'en céder la propriété en tout ou en partie ». Les écrits « en tout genre », ce sont tous les ouvrages de la pensée, sans distinction, sans restriction. Les « ouvrages », c'est-à-dire des créations. Suivant la très juste analyse d'un commentateur de la loi de 1793, « un ouvrage, c'est essentiellement une création. Non pas, sans doute, une création absolue et de toutes pièces, mais une création relative et partielle. On crée, et par là, on produit un « ouvrage », chaque fois que, sans copier simplement ses devanciers et tout en puisant, comme eux, à pleines mains dans le réservoir commun des idées et des faits, des couleurs et des sons, des expressions et des formes, on tire quelque chose de son propre fonds, par un effort personnel et par un travail de sa pensée. La loi ne considère ni **l'importance**, ni la **destination** ou **l'application**, ni la **valeur esthétique** de l'ouvrage. Eclatants ou obscurs, exquis ou vils, durables ou éphémères, tous les ouvrages de la pensée donnent naissance à ce droit exclusif de reproduction, qu'on appelle la propriété artistique ou littéraire, dès qu'ils se distinguent des ouvrages antérieurs par des caractères déterminés, qui leur impriment un cachet plus ou moins marqué d'**originalité**, partant, d'**individualité**. (Couhin, **La Propriété industrielle, artistique et littéraire**, 22, p. 370.)

La jusrisprudence a maintes fois consacré les mêmes idées. « Considérant, dit un arrêt-type, rendu par la Cour de Paris le 3 décembre 1867, que la loi qui garantit aux auteurs la propriété de leurs écrits, eu égard à leur valeur plus ou moins grande, à leur nature, à leur but et à leur objet ; qu'elle protège l'auteur dans son droit de propriété toutes les fois que son œuvre peut être considérée comme une production de l'esprit et du génie, c'est-à-dire quand, pour la créer, il a fallu se livrer à un travail de l'esprit et de l'intelligence ».

« Attendu, dit la Cour de Cassation, dans un arrêt du 27 novembre 1869, que le droit de propriété garanti par les lois aux auteurs de toute production de l'esprit ou du génie ne comprend pas seulement les créations entièrement originales, mais s'étend également aux ouvrages dont les éléments, bien qu'empruntés à des publications antérieures, ont été choisis avec discernement, disposés dans un ordre nouveau, revêtus d'une forme nouvelle et appropriée avec intelligence à un usage plus ou moins général. »

J.J.

THÉRAPEUTIQUE

De la remarquable thèse de M. le Dr L. Loquin, sur l'énésol, nous extrayons, à l'usage de nos lecteurs, les conclusions :

I. Le salicylarsinate de mercure, ou énésol, est un composé mercuriel injectable, obtenu en traitant le salicylate basique de mercure en suspension dans l'alcool par l'acide méthylarsinique.

II. L'élimination du sel se fait par les urines. Elle commence 2 heures environ après l'injection et se continue pendant 36 à 64 heures.

III. Jusqu'à présent, nous n'avons relevé aucune altération rénale consécutive à l'emploi de ce produit. On peut donc, en examinant l'urine avant, pendant et après le traitement, administrer des doses assez considérables le cas échéant.

IV. Les injections seront faites intra-musculaires, de préférence aux lieux d'élection que nous avons mentionnés.

V. Les doses par injection peuvent varier de 0 gr. 03 à 0 gr. 06. La dose courante est de 0 gr. 03.

VI. Les injections seront faites en séries de 10, à raison d'une par jour, ou espacées, une piqûre de 0 gr. 06 tous les cinq jours.

VII. Elles sont indolores et ne produisent aucune réaction inflammatoire. Elles sont dépourvues de toxicité et les quelques phénomènes de mercurialisation observés sont dus en partie à ce que les malades négligent les soins buccaux ordonnés en pareils cas.

VIII. Vu l'indolence des injections et leur non-toxicité, ce sel nous paraît devoir attirer l'attention en médecine infanile.

IX. La répétition ou la fréquence des injections, ainsi que le dosage, doivent être guidés par la marche même des accidents syphilitiques.

X. L'action de l'énésol paraît élective pour l'élément nerveux.

XI. Ses effets thérapeutiques doivent le faire classer dans la catégorie des bons sels mercuriels.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le docteur PAUCHET est nommé, après concours, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine d'Amiens.

Notre Carnet

— M. le docteur DESMONS, de Thumeries (Nord), nous fait part de la naissance de sa fille Hélène. Nous adressons à ce jeune confrère nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

UNIVERSITÉS

Bordeaux. — M. DENUCÉ, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile.

Montpellier. — M. GERVAIS DE ROUVILLE, agrégé, chargé du cours de clinique gynécologique, est nommé professeur-adjoint.

Nancy. — M. GUILLOZ, agrégé, chargé de cours d'électrothérapie et de radiothérapie, est nommé professeur adjoint.

Conseil supérieur d'hygiène publique

MM. CHASSEVANT et GUIART, agrégés, et H. LABBÉ, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, sont nommés auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Distinctions honorifiques

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur* : MM. les docteurs : BOULAY, JAVAL, COMBALAT (de Paris) et HUGUES-AMOURETTI (de Cannes).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr BERTAUX, de Lille, décédé à l'âge de 54 ans.

Nous prions la famille de notre regretté confrère, d'agréer nos bien sincères condoléances.

BIBLIOGRAPHIE

Dans la **Bibliothèque du Doctorat en Médecine** publiée sous la direction de MM. A. Gilbert, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris et L. Fournier, Médecin des Hôpitaux, vient de paraître, à la librairie Baillière, un **Précis d'Histologie**, par notre ami le Dr. A. BRANCA, agrégé à la Faculté de Paris.

Tant au point de vue de l'impression du texte que de la reproduction des figures, ce livre se présente sous un aspect très agréable et, de cette façon, il satisfait au but que se sont imposé les directeurs de l'œuvre.

Quarante-sept pages sont consacrées à l'étude de la cellule, cent cinquante deux à celle des tissus ; quatre cent vingt-cinq à la structure des organes : c'est assez dire quel est l'esprit de cet ouvrage. S'inspirant des idées actuelles, l'auteur a voulu composer un livre qui fût « le développement naturel des programmes imposés par la Faculté » et il y a réussi pleinement. Elève de Mathias DUVAL et de RETTERER, le professeur agrégé BRANCA nous offre, dans son précis, la somme des connaissances actuelles que doit posséder, en anatomie générale, l'élève qui suit les cours des Facultés de Médecine et il nous donne une préparation directe aux examens et aux concours.

Nous ne pouvons analyser, par le menu, ce travail original ; mais nous sommes en mesure d'affirmer (car nous l'avons lu et étudié en maints endroits) qu'il est digne de figurer non seulement sur la table de l'étudiant, mais encore dans la bibliothèque de l'érudit et surtout dans celle du Médecin qui s'intéresse à l'évolution des sciences biologiques et qui veut se servir des études microscopiques pour en tirer en pathologie toutes les déductions utiles et nécessaires.

Par la richesse et la variété des figures qui s'éloignent autant que possible des schémas, par la mise au point des nombreux travaux de ces dernières années, par l'ordonnance et la condensation des faits observés, ce livre se recommande de lui-même aux lecteurs.

Dr. A. DEBEYRE.

Promenade d'un Médecin à travers l'histoire, par le Dr J. Barraud. Un volume in-18, de 270 pages, broché, 3 fr. 50.

L'auteur a réuni sous ce titre un certain nombre d'observations médicales de personnages illustres et des études de mœurs anciennes se rattachant à la médecine.

S'occupant tour à tour de François II, de Louis XIII, de Christine de Suède ou de Mozart, etc., etc., le docteur Barraud fait de ces différents personnages une étude clinique approfondie.

L'auteur présente ainsi, dans un style souple et gai, une série d'articles faciles à lire, mais cependant très documentés et dans lesquels chaque fait cité repose sur un grand nombre de textes.

Nous sommes sûrs que cet ouvrage intéressera non seulement les historiens et les médecins, mais encore tous ceux qui sont amateurs d'une érudition à la fois pittoresque et précise.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 501. Dixième Année. N° 33. Le Numéro : **10** centimes 19 Août 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

CAUSERIE DE VACANCES

Les Fous au XVIe siècle et les Saints guérisseurs

(d'après deux documents locaux inédits)

par M. le docteur **H. FOLET**

La thérapeutique rationnelle de l'aliénation mentale et l'hospitalisation des fous ne remontent guère en France, aussi bien que chez les autres nations, à plus de cent vingt ans. Il fut même un temps où la plupart des aliénés, au lieu d'être regardés comme des malades qu'il fallait guérir, étaient réputés coupables et châtiés comme tels. Dans la seconde moitié du Moyen-Age, en effet, le délire des aliénés s'imprégnant toujours des idées ambiantes, c'est le diable qui domine la scène. Une immense épidémie de folie à forme démonomaniaque sévit durant quatre ou cinq siècles sur presque toute l'Europe. De ces délirants et surtout de ces délirantes, car les femmes étaient infiniment plus nombreuses que les hommes, les uns étaient livrés, par milliers, par dizaines de milliers, à la torture et au bûcher, sous prévention de pacte avec Satan. La sorcellerie, on ne le sait pas assez, fut un des plus épouvantables cauchemars de l'humanité. Les autres étaient censés attaqués et envahis, sans connivence de leur part, par l'esprit malin. On employait à cette époque, comme termes synonymes, les mots : fou, possédé, énergumène (1). Les hallucinés de cette catégorie, on les exorcisait. Ajoutons qu'ils faisaient parfois brûler un innocent parfaitement sain d'esprit, en l'accusant de leur avoir envoyé le démon qui les tourmentait. Témoin le prêtre Urbain Grandier, victime des nonnes convulsionnaires de Loudun. Quant aux aliénés dont la folie n'avait aucun caractère supranaturel et mystique, aux fous tranquilles, aux imbéciles, aux idiots,

(1) De Εν Εργουμενοσ travaillé en dedans (par le démon).

lorsque leurs familles ne les séquestraient point et qu'ils étaient pauvres, ils erraient par les chemins, mendiant et excitant la pitié ou la risée des foules.

Au XVIIe siècle seulement la fièvre des bûchers se calma, sans pourtant s'éteindre tout-à-fait, car le supplice précité d'Urbain Grandier est de 1634; et, quoiqu'en 1672 Louis XIV eût, par un édit contresigné de Colbert, fait cesser la plupart des procès de sorcellerie, le 22 décembre 1691, deux malheureux bergers de la Brie furent encore pendus et brûlés, comme sorciers jeteurs de sorts, par arrêt du Parlement de Paris (1).

La physionomie démonomaniaque de la folie fut dès lors plus rare, mais la destinée des aliénés n'en restait pas moins très misérable. On ne les brûlait plus guère mais on les enfermait, sans soins, soit dans des prisons comme nous le verrons, soit dans certains couvents spéciaux où l'on incarcérait pêle-mêle les vagabonds, les prostituées et les fous. A Lille, par exemple, parmi les *Hôpitaux disparus*, dont j'ai essayé naguère d'esquisser l'histoire, la maison des Madelonnettes, des Repenties, celle des Bons Fils, présentaient ce caractère semi-hospitalier, semi-pénitencier. Les prétendus possédés continuaient à être soumis à l'exorcisme.

Dans quelques grandes villes comme Paris existaient des établissements où les fous de famille aisée étaient isolés et souvent enchaînés dans des cellules ou cabanons, d'où le nom de *Petites Maisons*. Les formes agitées, bruyantes, de la manie aiguë y dominaient sans doute. Les formes chroniques, insidieuses de l'aliénation, les neurasthénies variées, les innombrables paralysies générales dont l'alcool, la syphilis, le surmenage de la vie moderne peuplent aujourd'hui nos asiles, y devaient être beaucoup plus rares. Toujours est-il qu'il n'y avait, en 1657, dans les *Petites Maisons* établies aux environs de Saint-Germain-des-Prés, que quarante-quatre fous déclarés incurables (2); et Paris comptait déjà à cette date 5 à 600.000 habitants.

Le XVIIIe siècle ne vit guère de progrès s'accomplir et la situation des aliénés demeura lamentable jusqu'à la fin de l'ancien régime, malgré une « *Instruction* » *sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont* » *destinés* », publiée en 1785 par ordre du gouvernement (1). Le célèbre « Rapport de Camus au Conseil général des hospices », en fructidor an X, nous en donne une description navrante :

Avant la Révolution, les aliénés étaient à Paris divisés en deux catégories : les curables et les incurables. Deux salles de l'Hôtel-Dieu étaient réservées aux curables, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes ; toutes deux contenant des lits à quatre occupants. Quelques places étaient expressément réservées aux hydrophobes. Dans ces salles, on baignait les malades, on leur donnait des douches, on pratiquait des saignées du pied répétées ; la plupart d'entre eux étaient attachés sur leur lit, maltraités, privés d'air et d'exercice. Lorsqu'au bout de quelques jours de traitement ils n'étaient pas guéris, on les réputait incurables, et on les distribuait, selon leur sexe, à Bicêtre ou à la Salpêtrière. Là, mal nourris, chargés de chaînes, ils étaient confinés dans des cabanons destinés jadis aux criminels, n'ayant pas plus de six pieds carrés et ne recevant de jour que par la porte ; la paille du grabat où couchait l'aliéné était pourrie et rarement renouvelée. A la Salpêtrière, quelques-unes des loges étaient placées à trois mètres en contre-bas du sol, au niveau des égouts, glaciales et ruisselantes d'eau. Les jours de fête, les curieux étaient admis, moyennant rétribution, à visiter ces malheureux donnés en spectacle comme des bêtes rares (2).

C'est en 1792, que Philippe Pinel, nommé médecin de la Salpêtrière, protesta contre ces agissements odieux, substitua aux violences et aux chaînes des moyens de contention plus sages et plus humains, vanta les effets de la fermeté unie à la patience et à la douceur et posa les bases du traitement moral. En même temps, il étudiait l'aliénation en tant que maladie, cherchant à débrouiller l'obscur chaos de la pathologie mentale. Mais c'est plutôt comme philanthrope et comme promoteur d'une grande réforme matérielle et morale que comme médecin-aliéniste que Pinel occupe une place glorieuse parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Donc, il y a 3 ou 400 ans, on se bornait à se garer brutalement des fous ; on ne les traitait pas *médicalement*. Quand on les soignait, on les soignait *reli-*

(1) *Factums et arrests du Parlement de Paris contre des Bergers Sorciers*. Paris, chez Rebuffé, rue Dauffine, proche le Pont-Neuf, à l'Arche de Noë, MDCXCV.
(2) *Traité des maladies mentales* de Dagonnet, p. 9.

(1) *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, août 1785.
(2) *Traité des maladies mentales* de Marcé, p. 28.

gieusement, par les exorcismes ou les neuvaines pratiqués surtout dans certains sanctuaires spéciaux. En effet, même longtemps après que l'idée de l'origine surnaturelle et diabolique de l'aliénation se fut affaiblie puis effacée, pour beaucoup d'esprits la cause de ces troubles de l'âme était extra-corporelle. Presque jusqu'à nos jours on hésita à attribuer les désordres mentaux à de vulgaires lésions physiques. En 1828, BROUSSAIS fit scandale dans le camp des spiritualistes en écrivant que : « le délire résultant de causes ana» logues à celles qui produisent l'hypersécrétion de » la bile, le traitement antiphlogistique le guérit au » début aussi aisément qu'une pneumonie ou une » gastrite (1) »; et M. le duc Victor DE BROGLIE, dans un article sur l'*Existence de l'âme* (2), qui est une réfutation d'*Irritation et folie*, attaqua vivement le matérialiste BROUSSAIS.

Il faut dire d'ailleurs que non seulement pour les maladies de l'âme, mais pour beaucoup de maladies parfaitement matérielles et palpables, une multitude de Saints étaient au temps jadis particulièrement invoqués comme curateurs. Quelques-uns avaient donné leur nom au mal dont ils étaient censés guérir. Ainsi, l'érysipèle et la gangrène s'appelaient le feu Saint Antoine; la lèpre, le mal de Saint Ladre; la chorée, la danse de Saint Guy. Mais il y avait en outre des milliers de Bienheureux préposés aux infirmités les plus diverses. Un ouvrage assez récent en deux volumes, écrit avec le plus grand sérieux et inspiré par une dévotion naïve, sincère et respectable, de MM. DU BROC DE SÉGANGE et le chanoine MOREL (3), nous en donne d'interminables kyrielles. L'attribution de telle maladie à tel Saint est due parfois à une particularité de sa vie ou de son martyre : Saint Laurent présidait aux brûlures, Saint Job aux ulcères; ou bien au nom du Saint lui-même : Sainte Claire préservait de la cécité, Saint Claude des boiteries, Saint Mammès donnait du lait aux nourrices, Saint Genou guérissait des maladies articulaires et de la goutte. D'autres fois, c'est une vague synonymie ou un méchant calembour par à peu près qui déterminait l'attribution et qui faisait que l'on priait Saint Cloud pour les furoncles et pour les maladies du cuir chevelu Saint Ignace ! pour beaucoup d'autres enfin la raison de cette détermination est inconnue, et l'on ne voit pas pourquoi l'apoplexie était l'apanage de Saint André et les maladies de vessie celui de Saint Benoît.

(1) *Irritation et folie.*

(2) Ecrits et discours du duc DE BROGLIE, 1863, chez Didier, t. I, p. 85.

(3) Paris, chez Bloud et Barral, 1888. Avec chaleureuse approbation de l'Evêque de Moulins : *Les Saints patrons des corporations et protecteurs spécialement invoqués dans les maladies.*

On trouve dans des pamphlets politiques des XVI[e] et XVII[e] siècles, des allusions à ces docteurs célestes, quand il s'agit de la maladie de grands personnages. Saint Fiacre, par exemple, passait pour préposé aux hémorrhoïdes et autres maladies de la région anale. En 1642, on fit venir de Meaux, où elles reposent, les reliques du Saint, pour le cardinal de Richelieu qui se mourait d'un cancer du rectum. Le quatrain suivant courut alors Paris :

> Saint Fiacre, délaissant son temple et ses autels,
> Abandonne le soin du reste des mortels.
> Encor son entremise et sa sainte prière
> Auront assez de peine à sauver ce derrière.

Quarante ans plus tard, lors de la fistule du Grand Roi, on ne mobilisa plus les reliques de Saint Fiacre ; mais Bossuet, dix jours avant l'opération, alla commencer, dans la cathédrale de son diocèse, une neuvaine qui fut achevée par des religieux.

En ce qui concerne les saints guérisseurs de la folie, certains sanctuaires étaient jadis particulièrement renommés pour la cure des délirants. De tout temps on conduisait dans l'église de Castel-Sarrasin, petite ville du Haut-Languedoc, ou dans celle de Bonnet, village des Vosges, des aliénés pour y être exorcisés et guéris par les desservants de ces églises. A Besançon, la fête du Saint-Suaire était célèbre par le concours de nombreux déments qu'on y amenait de très loin pour y être guéris, dans la persuasion que le diable ne pouvait manquer d'être chassé du corps des possédés par l'attouchement d'une telle relique (1). Saint Gildas, mentionné par Rabelais, opérait en Bretagne ; saint Menoux, dans le Bourbonnais ; saint Dizier, dans le Haut-Rhin (2); sainte Dymphne (3), à Gheel, en Belgique, où fonctionne encore à l'heure qu'il est une colonie agricole d'aliénés. Enfin l'autel de saint Nazaire, à Ablain,

(1) DAGONNET. — *Traité des maladies mentales*, p. 8.

(2) Deux saints guérisseurs de fous, par le D[r] H. MEIGE, in *Bull. de la Soc. française d'hist. de la méd.*, 1904, t. III, p. 471.

(3) Un Bollandiste actuel, le père jésuite DELEHAYE, a émis récemment cette opinion inattendue que cette sainte est une sainte apocryphe et que « sa légende n'est autre que l'adaptation » (chrétienne) du célèbre conte de Peau d'Ane ». Voyez : *Les Légendes hagiographiques*, par Hippolyte DELEHAYE S. J., Bollandiste. (2[e] édition, Bruxelles, 1906, p. 10).

village situé à dix kilomètres d'Arras, dans le canton de Vimy, attirait les fous de notre pays. Ce village est de temps immémorial désigné sous le nom d'Ablain-Saint-Nazaire.

Je suis en possession, à propos de ce pèlerinage d'Ablain-Saint-Nazaire, de deux intéressants documents inédits, extraits, l'un des Archives de Lille, l'autre de celles de La Bassée. Ils nous renseignent sur la façon dont, en notre région et vraisemblablement en tous autres pays, on traitait, et souvent on maltraitait les fous au XVe et au XVIe siècles. L'un d'eux fait presque fonctionner sous nos yeux le rituel du culte du Saint guérisseur. De ces documents, l'un a été trouvé par hasard et recueilli à mon intention, dans les comptes de la ville de Lille, par M. Léon Lefebvre, qui y faisait des recherches à toute autre fin et que je remercie de son amabilité. J'ai rencontré l'indication très sommaire de l'autre dans un petit livre de piété sur le pèlerinage d'Ablain-Saint-Nazaire. Grâce à l'obligeance de M. Finot, le savant archiviste du département du Nord, qui a bien voulu faire avec moi une promenade archéologique aux Archives de La Bassée, nous avons trouvé et fidèlement copié *in extenso* la pièce originale.

Voici d'abord le premier de ces deux textes :

Compte de 1483. — Archives communales de Lille.

A Guillebert Carlier sergent d'eschevins qu'il a payé à Robert Le Mesre, serurier, pour son sallaire de, au commandement d'eschevins, avoir fait ungs fers pour enferrer de piés et de mains ung nommé Pietremmius, insensé et furieux, avecq une caisne de quatre piés de long et ung gros crampon pour atachier ladite caisne, pour tout XXII sols, et pour despens fais par ledit Pietremmius et ceulx qui le prinrent et lièrent le jour qu'il fut enferré. V sols font XXVII sols.

(*f° 103*).

A Jehan Mullier sergent d'eschevins que, par ordonnance desdits eschevins il a payé pour l'accat d'une viese rpbe, ung vies pourpoint une chemise et une paire de soliers pour rabillier ung povre home, insensé et furieux, nommé Pietremius pour tout XXXVII sols IX. d.

Audit Jehan Mullier encoires payé à Simonnet Parent, tant pour le garde et gouverne dudit Pietremius comme pour le sallaire dudit Simonnet et ung homme avecq luy, d'avoir mené icellui Pietremius à Saint Nazaire faire son offrande et d'illeuc le mener en la ville d'Arras pour illeucq le délaissier. Auquel lieu d'Arras il fut adverty que le pere dudit Pietremius estoit demourant en la ville d'Amiens, à laquelle cause il avoit icellui Piètremius mené audit lieu d'Amiens et illeuc le remis ès mains et en la garde d'icellui son père, ses parens et amis, en quoy faisant ledit Simonnet a eu grans despens et labeurs attendu que ledit Piettremius estoit fort homme et rude, pour tout ce lui ordonné, au dessus de LX sols qu'il avoit par avant eu de Mathieu Raimbault, pour partie de la despence dudit Piettremius qu'il avoit gardé trois semaines et ung jour, X livres XVI sols.

(*f° 104, v°*).

Ainsi, en l'an 1483, il y avait à Lille un malheureux fou, agité, nommé Bettremieux, non originaire de la ville. On lui met les fers aux pieds et aux mains; on l'attache par une chaîne de quatre pieds de long ; on le couvre de vieux vêtements achetés à la friperie; puis on charge Simonnet Parent, aidé d'un autre homme, de conduire le fou ainsi enchaîné, — de le conduire à pied ? en voiture ? on ne sait, — « faire son offrande à Saint-Nazaire » ; puis de là à Arras où il sera « délaissié ».

Ce programme s'exécute. A Arras, Simonnet Parent apprend que la famille de l'aliéné habite Amiens. Il l'y mène et le remet aux mains de son père et de ses amis. Au cours de cette expédition qui a duré vingt-deux jours, Simonnet Parent a eu « grans despens et labeurs, car le dit Bettremieux était » fort homme et rude ». Il est vraisemblable que les bourrades et les coups n'ont pas été épargnés au pauvre dément sur la route et dans les auberges. Pour ses débours et sallaires, Simonnet Parent a reçu en tout XIII livres XVI sols.

Cet extrait de compte est muet sur le séjour, fort bref sans doute, qu'a fait le fou à l'église de Saint-Nazaire.

Le second document est sur ce sujet beaucoup plus explicite et plus suggestif. En voici le texte :

***Compte** que faict et rendt Pierre Taillant, receveur et commis par Messieurs les Bailly, rewart, eschevins et jurez de la ville de La Bassée, de l'hospital St Jehan et de la table des povres de ladicte ville. .. &^a par l'espasse d'ung an commenchant au jour de la*

Pentecouste XV^C IIII^XX et quattorze et finant à pareil jour XV^C IIII^XX et quinze... &^a.

. . . .

. . . .

Du seau et rapport de Nicolas de le Rue, ministre.

A Siméon Descamps, chartier, pour ses sallaires par luy mérité d'avoir mené Jean Clays, dit Chavet, au pélérinnaige de Monsieur Saint Nazare; comme appert, par sa quictance, luy a esté payé la somme de.. L sols.

A Pasquier Le mayeur, oste, demeurant au villaige dudit St Nazare pour certainne despence de bouche faicte et arrivée avecq ledit Jean Clays, présent Nicollas de le Rue et ledit Descamps, luy a esté payé la somme de . . . . XXXII sols.

par billiet contenant déclaration de ceste partie et des aultres suivantes, avecq quictances.

A Monsieur le Pasteur de l'église de St Nazare pour ses sallaires par luy mérité et tant ~~pour les droiz ordinnaires deubz~~ audit curé que pour avoir faict lecture de l'évangille par chascun jour durant l'espace et continuation de trois neufvainnes, que pour avoir escript quelque lettre de monsieur S^nt Nazare pour pour ledit Jean Clays luy a esté payé par modération apparant par quictance. . . . . XXIIII sols.

A Sire Simon Becquet, prebstre et chappellain à l'église dudit Saint-Nazare, pour ses peinnes et rétributions d'avoir dict et célébré ungne messe au premier jour des nœufvainnes, luy a esté payé . . . . X sols.

Au recepveur de l'église de monsieur Saint-Nazare, estant deubz trois florins d'ordinnaire pour les droix de ladicte église, luy a esté payé par modération, comme par quictance appert, seullement la somme de. . . . . . . IIII livres.

A Pasquier de Villers, demeurant au villaigé de St Nazare pour les droix et sallaire par luy mérité, et ce d'avoir eu et prins en garde Jean Clays estant ès fers et bois de monsieur St Nazare, durant le cours de trois neufvainnes et deulx journées oultrepassantes lesdictes III nœufvainnes, luy a esté payé, comme par sa quictance appert. . . . . XIX livres, XVI sols.

A Pasquier Le mayeur, oste, demeurant à St Nazare, luy a esté payé à cause de certainne despence faicte et encourue par ledit Jean Clays estant détenu esdits fers et bois que dessus, pour II jours et achever trois nœufvainnes, faisant le tout par ensemble le nombre de trente deulx journées, apparant par quictance . . . . XXII livres.

Par le rapport dudit Guillaume Dauchy, ministre, icy présent.

Audit Le Mayeur, pour certainne despence faicte au logis dudit, allant requérir ledit Jean Clays en pélérinnaige avecq Eloy Desmazières et Guillaume Dauchy, luy a esté payé la somme de . . . . XL sols.

A Michiel de le Follie, chépiedt, pour ses sallaires par luy méritez d'avoir eu et gardé Jean Clays ès prisons de ceste ville et ce par l'espace de quattre moys ou environ, luy a esté payé, et ce par ordonnance de Messieurs, avecq quictance joincte à ladicte ordonnance, la somme de . . . . XII livres.

Audit Michiel de le Follie, chepiedt, en ceste ville de La Bassée, pour ses peinnes et rétributions d'avoir eu la cherge et prins en garde ledit Clays, et ce par l'espace de LXXVII journées; et ce par ordonnance de mesdits Sieurs, avecq quictance pertinente joincte à ladicte ordonnance, luy a esté payé la somme de . . . . VIII livres XIIII sols.

A ce compteur, pour par luy avoir livré à la fille de Michiel de le Follie, chépiedt, ayant ledit Jean Clays esté détenu assez longue espace en prison, pour les deulx fois en

nombre de cent quattre-vingtz-dix-huict jours, et par chascun jour I quartron de beürre : revient icy en nombre de quarante nœuf libvres et demy de beurre, au pris de X sols livre, partant porte . . . .

XXIIII livres, XV sols.

. . . .

. . . .

Archives communales de La Bassée : Série G. G. N° 90 ; petit registre en papier, non relié, folios 49, verso & 50 (1).

En résumé, en 1594, un pauvre diable de Basséen, Jean Clays, dit Chavet, devient fou. Il ne semble pas bien agité, car on ne mentionne pour lui ni chaîne ni entraves. Aux frais du budget d'assistance publique de la ville (2), il est décidé qu'on l'enverra au « pélerinaige de Monsieur Saint Nazaire ». On le confie à un « chartier », qui le mène, — en voiture peut-être, — de la Bassée à Ablain (3), accompagné d'un « ministre ». On appelait ainsi les Administrateurs de la Bourse des Pauvres.

Là commence, si l'on peut ainsi parler, le « traitement religieux ». Il est d'abord payé au recepveur de l'Église de Monsieur Saint Nazaire, pour les droits de la dite Église, une somme qui eût dû réglementairement s'élever à trois florins, mais qui a été réduite « par modération » à quatre livres. Une « modération » analogue sur le tarif courant semble avoir été aussi consentie par le curé relativement à ses honoraires personnels. Puis, durant l'espace de trois neuvaines, au début de chacune desquelles une messe est célébrée par un « chapelain », le malade est quodiennement conduit à l'église où le curé lui fait lecture de l'Évangile. Le dit curé « écrit en outre » quelques lettres de Monsieur Saint Nazaire pour » le dit Jean Clays ». Que signifie cette phrase énigmatique ? S'agit-il d'oraisons consolatrices, de pieuses exhortations à l'apaisement et au calme, censées venues du saint guérisseur, que le curé lisait ou remettait au patient ? On ne peut faire là-dessus que de vagues conjectures.

Pendant tout ce temps, un habitant du village, Pasquier Duvillers, avait « eu et pris en garde Jean » Clays, *détenu ès fers et bois de Monsieur Saint » Nazaire* » ; et un aubergiste de la commune, Pasquier Lemayeur, lui fournissait sa nourriture. Que faut-il entendre par les mots soulignés ci-dessus ? Y avait-il, comme on le dit encore dans le pays, une sorte d'annexe à l'église, d'hospice d'aliénés rudimentaire où l'on internait passagèrement les aliénés ? La chose est possible et même probable.

Les trois neuvaines finies et trente-deux jours écoulés, Jean Clays n'allait pas mieux. Le coût de son pèlerinage s'était élevé au total à la somme de 54 livres 2 sols. Éloy Desmazières et Guillaume Dauchy, autre « ministre », vont le requérir. Ils le ramènent à La Bassée où on l'interne, non dans un hôpital, — il y en avait pourtant un à La Bassée, puisque Pierre Taillant, l'auteur du compte que nous étudions, était « recepveur à l'hôpital S[t] Jehan de » ladicte ville », — mais bien à la prison municipale où il avait peut-être été renfermé déjà avant le voyage d'Ablain, car le Compte dit qu'il y a séjourné « deux fois ». Il y reste de longs mois au cours desquels il est payé au « Chépiedt (1) » la somme globale de quarante-quatre livres neuf sols pour ses « peines et rétributions d'avoir eu la cherge et prins » en garde ledict Clays », et aussi pour fourniture de beurre qui valait alors dix sols la livre.

Nous ne savons ce qu'il advint du pauvre Jean Clays ; la fin de l'observation manque. A l'époque où elle se déroule, de pareils pèlerinages étaient fréquents. Dans la collection d'un archéologue numismate du Pas-de-Calais, M. Dancoisne, mort il y a douze ans, — collection qui est maintenant, en partie, au Musée de Numismatique de Lille, — figurent diverses pièces relatives au pèlerinage de Saint-Nazaire. Deux médailles, datant des XV[e] et XVI[e] siècles, sont très caractéristiques. Ce sont de ces grossières médailles en plomb, en cuivre ou en argent, que l'on suspendait au cou par une bélière. Elles représentent le Saint

(1) Il est indiqué en tête du registre que tous ces comptes sont en monnaie de Flandre. La livre valait vingt sols ; le sol douze deniers.

(2) Ce budget paraît assez libéralement établi, car on trouve dans le même compte, des « Mises faictes pour distribuer des » soulliers, draps, linges et eschollaiges aux paouvres enfants de » ceste ville ».

(3) Environ six lieues.

(1) *Chepiedt*, geolier. celui qui met aux *ceps*.

levant sa palme sur un malheureux attaché nu à un poteau. En voici les reproductions



Je n'ai guère besoin de dire que le pèlerinage de Saint-Nazaire est fort délaissé aujourd'hui. Pourtant, à ce que m'a dit le curé, en souvenir des anciennes neuvaines, les reliques du saint sont exposées tous les ans, au mois de juin, dans l'église d'Ablain ; une assez belle église de style gothique, vraisemblablement du XVe. Sous le porche situé à la base de la grosse tour carrée règne un banc de pierre où l'on asseyait, dit-on, les aliénés pour lesquels on implorait les secours du saint. Des anneaux scellés dans le mur, et dont deux ou trois sont restés en place, auraient servi à les attacher quand besoin était.



SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 Juin 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Deux cas d'épithélioma de la vulve

MM. **Drucbert** et **Leroy** rapportent in extenso deux observations qui ont *été publiées*.

M. **Charmeil** compare le cancroïde de la lèvre à l'épithélioma de la vulve. Dans l'un et l'autre cas l'invasion ganglionnaire fait craindre une extension déjà grande, et redouter la récidive.

Lipome du dos

M. **Verhaeghe** présente un lipome du dos, enlevé il y a un mois par M. le professeur Dubar ; il s'agit d'un homme de 83 ans qui arriva à la maison de santé, pliant littéralement sous le poids de sa tumeur et qui de plus était atteint d'une volumineuse hydrocèle. Il y a une dizaine d'années, il sentit se développer entre les épaules une masse molle, non douloureuse, qui augmenta lentement jusqu'à acquérir ce volume énorme ; elle pèse actuellement 4 kil. 250. Ce lipome était pédiculé entre les épaules, complètement mobilisable autour de ce pédicule que l'on embrassait entre les mains, et retombait sur le dos qu'il couvrait presque complètement. Cette tumeur s'ulcéra peu à peu à sa partie postéro-inférieure et cette ulcération suintante nécessita des pansements et exhala une odeur mauvaise qui déterminèrent le malade à se faire opérer. La peau avait subi des modifications et des veines assez volumineuses la sillonnaient. L'opération fut très simple : incision circonscrivant le pédicule de façon à permettre de recouvrir la surface cruentée, hémostase facile, drain aux extémités, sutures aux crins ; les suites opératoires furent normales et en trois semaines le malade sortit guéri complètement débarrassé de ce sac au dos et marchant presque droit. L'ouverture de la tumeur montre qu'il s'agit bien d'un lipome ayant subi au centre une fonte graisseuse ; en effet, à l'incision s'est écoulé presque un litre d'un liquide laiteux blanchâtre et gras au toucher.

Quelques mots sur un kyste de la paroi postérieure du vagin

M. André Paquet. — J'ai l'honneur, au nom de **M. Le Fort** et au mien, de vous communiquer l'observation d'une malade opérée dans le service de M. le professeur Folet, d'un kyste de la paroi postérieure du vagin.

T... Blanche, ménagère, âgée de vingt-trois ans, souffre du ventre depuis treize mois et entre à l'hôpital le 26 avril 1906 pour y être opérée. Aucun antécédent, ni héréditaire, ni collatéral, ni personnel. Son mari et une fille âgée de trois ans sont bien portants. Bien réglée habituellement, la malade fit, il y a deux ans, une perte de trois mois et demi et une autre perte il y a deux mois.

L'histoire de la maladie remonte à il y a deux ans. A la suite de la première perte, T... ressentit des douleurs dans le ventre, douleurs continuelles, accrues par la défécation. L'année dernière, elle vint à l'hôpital Saint-Sauveur, mais n'y fut pas opérée à cette époque ; on lui mit de la glace et des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, et après un repos au lit de vingt jours, la malade sortit de l'hôpital.

Peu de temps après, les douleurs reprennent, plus accentuées que la première fois, et forcent T... à venir se faire examiner. Le palper n'est pas douloureux, et ne décèle rien d'anormal. Le toucher vaginal est sensible. En arrière du col utérin, dont la consistance est normale, mais située en avant, on perçoit comme un second col beaucoup plus mou, et formé par une tumeur arrondie, lisse, tendue, rénittente et irréductible ; un spéculum introduit permet d'en constater la coloration grisâtre, et son palper provoque une certaine douleur.

Le 10 mai, intervention par M. Le Fort : la tumeur est incisée et laisse échapper un liquide jaunâtre, très épais, visqueux. La poche n'est pas libre, mais est appendue par un pédicule au cul-de-sac de Douglas. Ce pédicule est entouré d'un catgut, et, après section, M. Le Fort le réduit absolument comme un sac herniaire et réunit les releveurs de l'anus, comme pour une cure radicale. Suture au catgut, pansement. Les suites de l'opération sont apyrétiques ; la malade se lève le 18 mai et sort le 22.

Le liquide extrait de la poche kystique est simplement, d'après les renseignements fournis par M. Dehon, de la mucine qui se dissout complètement dans l'eau pour reprécipiter sous l'action de l'acide acétique, à froid, et se coagule sous l'action de la chaleur. Au point de vue cytologique, l'examen est négatif : il n'y a ni éléments épithéliaux, ni leucocytes, ni hématies. L'ensemencement a donné lieu à une culture pure et typique de bactérium coli.

La paroi du kyste, dans sa partie la plus mince, mesure environ 1 m/m d'épaisseur. Elle est formée d'un côté par l'épithélium pavimenteux stratifié du vagin reposant directement sur un fondement conjonctif. Du côté opposé, c'est-à-dire au niveau de la surface du kyste, existe un revêtement épithélial formé de petites cellules cylindriques en partie détachées. Cette surface n'est pas lisse, mais présente une série de dépressions que tapisse l'épithélium cylindrique. En certains points, ces dépressions acquièrent d'assez grandes dimensions, et ressemblent presque à des invaginations glandulaires. Dans le fond de ces culs-de-sac, les cellules deviennent un peu plus hautes, mais dans son ensemble l'aspect de l'épithélium ne change pas. Au-dessous, on retrouve une couche conjonctive riche en cellules, se continuant avec la lame sur laquelle repose l'épithélium vaginal. Dans cette couche conjonctive existe un assez grand nombre de vaisseaux remplis de sang, à trajet sinueux, et par places on relève de petites hémorrhagies interstitielles. En quelques points, les invaginations épithéliales donnent naissance à des diverticules de second ordre d'où l'aspect de glandules ramifiées qu'elles présentent à la coupe.

Plusieurs points de cette observation méritent d'attirer l'attention ; nous nous trouvons en effet en présence d'une tumeur kystique du vagin, tumeur unique, siégeant dans le cul-de-sac postérieur même du vagin et qu'on pourrait confondre à l'examen avec une rectocèle ou une hernie d'une anse grêle dans le cul-de-sac de Douglas. Il ressort des observations que nous avons lues à ce sujet, que ces kystes ne sont pas fréquents, et que, habituellement, on ne trouve pas une seule tumeur, mais plusieurs en des endroits différents. De plus, six observations seulement, publiées dans un ouvrage récent (1), se rapportent à des kystes de la paroi postérieure, et une seule a trait à une tumeur du cul-de-sac postérieur : c'est celle que Fredet a publiée à la « Société anatomique de Paris » (octobre 1903). Cette observation est intéressante à rapprocher de celle de notre malade : il s'agissait d'une tumeur se présentant sous forme de masse ovalaire, du volume d'une petite noix un peu plus étendue du côté droit que du côté gauche, et que par le toucher seul on ne pouvait distinguer d'une hernie vaginale. Cette tumeur s'était laissé facilement décoller de la face antérieure du rectum sans ouvrir le péritoine. La paroi kystique semblait présenter une corne à ses deux extrémités transversales, particulièrement du côté droit, mais, ajoute Fredet, ce kyste était bien postérieur et non en situation latérale avec un prolongement postérieur : la face interne de la paroi était tapissée d'une couche unique de cellules plates à contours polygonaux.

De prime abord, la situation de la tumeur qui nous occupe, le pédicule qui paraissait la rattacher au cul-de-sac de Douglas d'une façon tout intime, avaient fait penser

(1) Thèse du docteur Christiaen, Lille, janvier 1906.

que l'origine de ce kyste était dans une malformation du cul-de-sac embryonnaire, mais les renseignements histologiques, donnés plus haut et que nous devons à l'obligeance de M. le professeur CURTIS, montrent qu'il n'en est rien, et que probablement le kyste s'est formé dans des vestiges, dans des diverticules glanduliformes du canal de Gärtner.

Tumeurs malignes végétantes des annexes et en particulier de leur traitement par la castration abdominale totale.

M. **Drucbert.** — *(Sera publié).*

Sur la fréquence relative des dyspepsies hyperchlorhydriques et hypochlorhydriques dans notre région. Note statistique basée sur 700 déterminations de chimisme gastrique.

MM. **Surmont** et **Dehon** relatent les résultats d'analyses de repas d'épreuve d'Ewald, pratiquées chez 700 dyspeptiques différents, appartenant tous à la clientèle de la ville.

L'extraction du contenu stomacal a toujours eu lieu soixante minutes après le début du repas.

On s'est assuré, chaque fois, que l'estomac des malades, examinés le matin à jeûn, au moment de l'expérience, était à l'état de vacuité. Lorsque l'existence d'un reliquat des digestions antérieures était constaté par l'exploration physique de l'organe, il a toujours été procédé à l'extraction du liquide résiduaire, immédiatement avant l'ingestion du repas d'épreuve.

Pour l'évacuation stomacale, l'appareil utilisé a été le tube de FRÉMONT muni de la poire aspiratrice du même nom.

Voici quelle a été la technique chimique employée : L'acidité totale a été déterminée aussitôt que possible après l'extraction et la filtration du contenu de l'estomac, au moyen de liqueur de soude, en présence de la phénolphtaléine en solution alcoolique comme indicateur.

La recherche qualitative de l'acide chlorhydrique libre a été effectuée avec le réactif de GUNZBURG ; les chiffres du chlore total, du chlore fixe, de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide chlorhydrique combiné ont été établis par le procédé de WINTER

La classification en hyperchlorhydrie et hypochlorhydrie des résultats analytiques exprimés dans cette statistique est conforme à celle établie par HAYEM ; sont groupés ici sous la dénomination d'hyperchlorhydriques, tous les sujets ayant fourni un chyme renfermant plus de 212 milligrammes d'acide chlorhydrique libre et combiné pour 100 centimètres cubes du liquide gastrique filtré ; sous la dénomination d'hypochlorhydriques, tous ceux dont la chlorhydrie était sensiblement inférieure à 212 milligrammes d'HCl.

MM. SURMONT et DEHON s'abstiennent de distinction en ce qui concerne l'intensité, le degré de l'hyperchlorhydrie et de l'hypochlorhydrie, pour cette raison qu'à des « sous-groupes » chimiques donnés ne répondent pas des types cliniques distincts.

Mention est cependant faite de la fréquence des cas d'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion à jeûn : c'est-à-dire des cas de syndrôme de REICHMANN lequel est, lui, bien caractérisé chimiquement et cliniquement.

Sont également groupés à part les cas d'hypochlorhydrie avec absence complète d'acide chlorhydrique libre — improprement appelés anachlorhydrie — eu égard à leur symptomatologie assez spéciale, en général.

La question de l'acidité totale et celle de l'acidité organique, celles aussi de la digestion des matières albuminoïdes et de la digestion des substances amylacées sont ici intentionnellement négligées.

D'après le tableau suivant :

	Pour 700 dyspeptiques	Pour 100 dyspeptiques
Hyperchlorhydriques	498	71
Hyperchlorhydriques simples	433	62
Hyperchlorhydriques avec gastrosuccorrhée	65	9
Hypochlorhydriques	202	29
Hypochlorhydriques sans HCl libre (anachlorhydriques)	29	15

on voit que la dyspepsie hyperchlorhydrique est de beaucoup la plus fréquente dans notre région : en effet, en établissant le pourcentage de ces deux variétés de gastropathies, on arrive à cette constatation que sur 100 dyspeptiques on rencontre en moyenne 71 hyperchlorhydriques (dont 9 gastrosuccorrhéiques) contre 29 hypopeptiques (dont 15 du type dit anachlorhydrique).

M. SURMONT fait remarquer que la statistique relatée n'a pas une valeur absolue, car elle ne tient compte que des cas *latents*, c'est-à-dire de ceux pour lesquels le diagnostic entre hyperpepsie et hypopepsie n'a pu être affirmé cliniquement : une statistique de ce genre pour permettre des conclusions fermes devrait être basée sur l'analyse du chimisme gastrique systématiquement pratiquée chez tous les dyspeptiques d'un service d'hôpital ou de la clientèle privée d'un praticien, pendant un temps donné.

Toutefois M. SURMONT ajoute qu'il se croit en mesure de pouvoir affirmer, d'après ses constatations personnelles, que l'hyperpepsie est incontestablement le type de dyspepsie de beaucoup le plus fréquent dans notre région.

Les statistiques publiées par les auteurs allemands : EWALD, RUGIL, JAWORSKI et l'auteur américain : EINHORN sont confirmatives de celle-ci, statistiques qui sont d'ailleurs susceptibles de la restriction faite plus haut en ce qui concerne leur valeur relative.

Il faut ajouter, néanmoins, qu'en France, HAYEM admet

au contraire que l'hypopepsie est plus commune que l'hyperpepsie. Bien que le relevé de ses propres observations soit contraire à cet aphorisme, HAYEM base son opinion sur ce fait que les hypopeptiques *latents* souffrant beaucoup moins que les hyperpeptiques également latents restent méconnus pour la plupart.

M. Charmeil demande quels sont les rapports de la dyspepsie anachlorhydrique avec les néoplasies stomacales.

M. Surmont répond que sa statistique porte sur des sujets chez lesquels le diagnostic de cancer ne s'imposait pas.

MM. Ingelrans et **Oui** pensent qu'il serait intéressant de connaître la proportion de malades devenus cancéreux.

Radiographies. — Fracture du col du fémur

M. Bédart montre des radiographies d'un sujet présentant une fracture dont le type est assez rare. Il s'agit d'une fracture sous-trochantérienne du fémur sans raccourcissement.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Les statistiques démontrent qu'en Norvège la mortalité est très faible. Alors qu'en France elle équivaut à 2,3 p. 100, elle n'est que de 1,4 p. 100 en Norvège, ce qui permet à ce pays d'obtenir un accroissement de la population sans pour cela avoir une natalité considérable.

On croit avoir trouvé la raison de cette faible mortalité dans ce fait que, à l'exception de Christiania, la Norvège n'est pour ainsi dire qu'une immense agglomération de villages ; l'agriculture et la pêche emploient près d'un million d'habitants, et l'industrie du bois et des produits de pêche se faisant en plein air, produit des conditions hygiéniques bien supérieures à celles des industries de l'Europe centrale.

Une remarque doit être faite en ce qui concerne le régime ; les Norvégiens mangent beaucoup, mais ne sont pas végétariens ; les fruits sont exceptionnels, les légumes tout autant et le pain, dont ils ne consomment presque pas, est affreusement mauvais ; par contre, ils mangent beaucoup de margarine et de poissons salés.

(*Bulletin général de thérapeutique*).

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin (Rectum excepté) Thèse de Lyon par le Dr. Paul CAVAILLON, ex-interne des hôpitaux de Lyon, prosecteur à la Faculté. — Storck et Cie éditeurs, 8, rue de la Méditerranée, Lyon, 1905.

Les travaux publiés jusqu'en ces derniers temps sur la thérapeutique chirurgicale du cancer du gros intestin, laissaient plutôt une impression sombre sur les résultats à espérer. Les cancers du tube digestif joignent à l'intoxication néoplasique, des troubles de nutrition qui affaiblissent le malade et le rendent peu apte à subir des opérations notables ; la chirurgie intestinale en particulier voit son pronostic aggravé par la proximité du péritoine. Aussi s'explique-t-on que beaucoup de chirurgiens en présence du rôle souvent néfaste des interventions radicales, aient donné leur faveur aux palliatives. M. CAVAILLON veut réhabiliter les opérations radicales dont la mortalité est sensiblement diminuée par la substitution de l'asepsie rigoureuse à une antisepsie outrancière, et par l'adoption des opérations en plusieurs temps. Qu'on nous permette de citer la péroraison de l'historique où M. Cavaillon plaide la cause radicale : « Certaines abstentions ou restrictions opératoires sont plus condamnables que de prétendues témérités. Laisser mourir un cancer de l'intestin ou un cancer gastrique sans lui donner les chances de survie qu'offre la thérapeutique radicale, ne paraît pas devoir être un acte louable, et si le dommage causé au malade est moins évident que celui qui suit un désastre opératoire, il n'en existe pas moins. On pourrait dire sous forme de paradoxe que les chirurgiens qui n'ont pas de décès opératoires sont aussi dangereux que ceux qui en ont trop ; il y a entre eux la différence de la passivité à l'activité. »

Dans un premier chapitre, l'auteur montre que le cancer du gros intestin est longtemps encapsulé et mobile, qu'il tend peu à se généraliser ou à récidiver, et qu'enfin il n'envahit que rarement et tardivement les lymphatiques ; du reste tous les ganglions voisins d'un cancer intestinal ne sont pas fatalement cancéreux et leur présence, même lorsqu'ils sont impossibles à enlever ne contre-indique pas à l'opération radicale.

Les opérations palliatives peuvent être définitives ou n'être que le prélude d'une intervention radicale rendue impossible par l'état général du malade, ou des complications comme l'occlusion qui demandent une solution d'urgence rapide et sans aléas. L'anus contre nature est la plus simple, mais la plus incomplète, car elle n'empêche pas la tumeur d'être soumise au contact irritant des matières ; il donne pourtant une mortalité de 20 % d'après M. CAVAILLON ; de Bovis lui donne comme moyenne de survie 10 mois ; M. CAVAILLON trouve 19 mois avec une série de 7 malades opérés à froid ; mais l'un d'eux opéré de JABOULAY a vécu 4 ans, ce qui est tout à fait exceptionnel de l'avis de l'auteur lui-même, et les 6 autres cas ne donnent que 10 mois ½ de survie.

M. Cavaillon passe en revue les anastomoses des divers segments du gros intestin entre eux et avec l'iléon ; ces opérations dont la mortalité atteint 72 % d'après Cavaillon ; mais ce chiffre est peu exact, si l'on considère que quantité d'anastomoses iléocoliques ne sont pas publiées comme étant banales. La survie moyenne est de 6 (De Bovis) à 8 mois ½ (Mickulicz).

Comme ses devanciers, M. Cavaillon étudie sous le nom d'exclusion unilatérale les anastomoses avec section d'une

seule branche de la boucle formée ; je conserve mon opinion et préférerais voir réserver le terme d'exclusion aux cas où la portion d'intestin est isolée complétement par séction de ses deux extrémités ; ce qu'on appelle couramment exclusion bilatérale. Aux 6 cas d'exclusion unilatérale dont 4 mortels rassemblés par De Bovis l'auteur ajoute 7 cas avec 7 guérisons ce qui améliore considérablement le pronostic actuel de cette intervention palliative. Aux 4 cas déjà connus d'exclusion bilatérale fermée, et dont un seul guérit parce qu'on ouvrit secondairement l'anse exclue. M. CAVAILLON ajoute un cas de son maître Jaboulay où le malade mourut de péritonite au deuxième jour malgré une ablation rapide de l'anse exclue ; aussi la rejette-t-il même comme opération préliminaire.

L'exclusion bilatérale avec fistule a donné 3 morts sur 8 cas ; elle est donc dans l'état actuel de la technique moins recommandable que les autres interventions palliatives définitives ; comme intervention préliminaire, elle est trop grave et compliquée pour qu'on ne lui préfère l'anus contre nature ou l'exclusion unilatérale.

Les statistiques d'entérectomie varient suivant les chirurgiens de 36 à 70 % de mortalité ; mais cette opération perd de sa gravité si on la pratique en plusieurs temps, et surtout quand on peut opérer à froid .Les résections du colon et de l'S iliaque donnent une mortalité de 13 % en plusieurs temps au lieu de 46 %, mortalité de la résection en un temps et à froid ; et 23 % en plusieurs temps au lieu de 70 % en un temps quand on opère en période aiguë.Les résultats sont un peu discordants dans les résections du cæcum à froid : 34 % en un temps, 50 % en plusieurs temps, mais ce chiffre est basé sur un nombre insuffisant de cas pour être comparable au premier : 8 cas dont 4 mortels.

Suit une étude minutieuse des divers temps de la résection : (coprostase, section de l'intestin et du mésentère, recherche des ganglions anastomose et drainage), et des opérations en plusieurs temps.

La question de la survie mérite de nous retenir un instant ; M. Cavaillon signale quelques cas particulièrement heureux et encourageants de longue survie, jusque 14 ans (Krœnlein) sans récidive ; les survies de 1 à 2 ans avec récidive ne sont pas rares et la moyenne générale est de 3 ans.

Au chapitre des indications opératoires, l'auteur recommande l'intervention minimum si l'on est au cours d'accidents aigus ; anus pour le cancer du colon, anastomose ou exclusion unilatérale pour le cancer du cœcum. Si l'on opère à froid, réserver les opérations palliatives pour les tumeurs inextirpables en raison de leur généralisation au péritoine, au foie et par suite d'adhérences multiples ou dangereuses à détruire, ou enfin pour les cas où l'état général est un obstacle à une opération importante. Si la tumeur est enlevable, résister à l'envie de l'enlever brillamment en un seul temps pour préférer la résection en plusieurs temps qui donnera le maximum de chances de succès. Dr J. DRUCBERT.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **XIXe Congrès de l'Association française de Chirurgie** s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. le docteur MONPROFIT, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie des gros troncs veineux*, rapporteurs : MM. LEJARS et MORESTIN (de Paris) ;

2° *Ectopie testiculaire et ses complications*, rapporteurs : MM. SOULIGOUX (de Paris) et VILLARD (de Lyon) ;

3° *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire*, par MM. WILLEMS (de Gand) et LOISON, agrégé (du Val-de-Grâce).

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

— Le **Ve Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de pédiatrie** se tiendra à Alger le 1er Avril 1907.

Les titres des questions mises à l'ordre du jour sont les suivants :

1° *Section d'obstétrique*. — Président : M. le professeur QUEIREL, de Marseille.

Cancer utérin et puerpéralité, par le professeur OUI, de Lille ;

Paludisme et grossesse, par le professeur ROUVIER, d'Alger.

2° *Section de Gynécologie*. — Président : M. le professeur BOURSIER, de Bordeaux.

Des prolapsus génitaux, par le professeur DELANGLADE, de Marseille. — *Décapsulation du rein dans le traitement des formes graves de l'éclampsie*, par le professeur POUSSON, de Bordeaux.

3° *Section de pédiatrie*. — Président : M. le docteur GUINON, de Paris.

Péritonites aiguës chez l'enfant, par M. le docteur NOVÉ-JOSSERAND, de Lyon. — *Les tumeurs du rein chez l'enfant*, par M. le docteur MOUCHET, de Paris. — *Le paludisme chez l'enfant*, par M. le docteur CRESPIN, d'Alger. — *Les splénomégalies chez l'enfant*, par M. le docteur RIST, de Paris. — *Les anémies chez l'enfant*, par M. le docteur L. G. SIMON, de Paris. — *Erysipèle de la première enfance*, par M. le docteur BARTHÉLÉMY, de Nantes.

Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésions et de fonds peuvent être adressés au docteur Jean

Livon fils, secrétaire de la Section d'Obstétrique, rue Saint-Jacques, 44, à Marseille, ou au professeur Rouvier, à Alger.

FACULTÉS ET ÉCOLES DE MÉDECINE

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Sont chargés de cours complémentaires pour l'année scolaire 1906-1907 ; MM. Rondot, agrégé (pathologie interne), Andérodias, agrégé (accouchement).

Ecole de médecine de Dijon. — M. Leclercq est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Ecole de médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 4 février 1907, devant l'Ecole de médecine de Grenoble, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Un concours s'ouvrira le 18 février 1907, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Clermont. — Un concours s'ouvrira le 6 janvier 1907 devant la Faculté de Médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école de Médecine de Clermont.

Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Plédran (de Maulévrier), Boissat (de Fouy) ; Subervie, inspecteur honoraire du service des enfants du premier âge, et Devouge (de Corbeil).

BIBLIOGRAPHIE

Interprétation nouvelle du mécanisme de l'Hémoptisie tuberculeuse thérapeutique préventive de l'hémoptisie, par le docteur Fernand Barbary, de Nice, délégué de la Société de préservation contre la tuberculose, membre du bureau international pour la lutte contre la tuberculose, membre correspondant de la société de thérapeutique, un volume in-8 de 116 pages, relié édition de bibliothèque, tracés, planches, etc., F. R. de Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris (VIe).

Le mécanisme proprement dit des hémoptysies tuberculeuses est encore très obscur. Le docteur Barbary vient de lui donner une interprétation scientifique basée sur des recherches poursuivies plusieurs années.

L'hémoptysie tuberculeuse ***serait presque toujours fonction de l'hypertension artérielle*** et, conséquence thérapeutique des plus importante, il serait possible de suprimer dans bien des cas les hémoptysies, en surveillant leur cause, l'hypertension artérielle.

On croit généralement que l'hypotension est liée naturellement à la tuberculose. Ce qu'il faut dire, répond l'auteur, c'est qu'à des phases d'hypotension, parfois longues, succèdent des phases d'hypertension, parfois courtes et méconnues.

L'ouvrage se divise en deux parties. Dans l'une, l'auteur décrit les causes multiples chez les tuberculeux, de l'hypertension transitoire, instable ou permanente, dans la seconde il indique une thérapeutique préventive de cette hypertension.

L'ouvrage contient de nombreuses observations avec analyses chimiques, bactériologiques, tracés des tensions pris au sphygmographe de Marey ; planches des instruments, sphygmographes, sphygmomètres, etc.

La conclusion de l'auteur résume l'importance de l'auteur : « L'hémoptysie tuberculeuse est presque toujours fonction de l'hypertension artérielle. — La thérapeutique préventive des hémopytsies consiste dans le traitement préventif de l'hypertension. »

Lille. — Imp. Le Bigot frères rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 502. Dixième Année. N° 34 — Le Numéro : 10 centimes — 26 Août 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Le lait, aliment toxique pour l'enfant

par le docteur **Deléarde**, agrégé,
chargé du cours de Clinique médicale infantile,
médecin de l'hôpital Saint-Sauveur.

Le titre de cet article peut sembler paradoxal et mérite quelques explications. Il est de notion courante, en effet, que le lait doit être la base de l'alimentation de l'enfant non seulement pendant les premiers mois, mais encore après le sevrage lorsque déjà le jeune bébé a atteint la deuxième année. Cette notion est juste, elle est conforme à la réalité, mais elle devient une hérésie, une faute grave dans l'alimentation de l'enfant d'un an et au-dessus lorsqu'il est fait abus du lait, très précieux et indispensable tant que l'on aura soin d'en modérer l'emploi et de l'associer à une nourriture appropriée aux besoins normaux d'un organisme en pleine voie de développement.

L'usage exclusif ou même exagéré du lait pendant ou après le sevrage, entraîne rapidement des troubles gastro-intestinaux tenaces, pouvant revêtir dans certains cas un caractère assez sérieux puisqu'ils altèrent profondément la nutrition au point d'arrêter la croissance et d'entraîner une anémie dont l'enfant supportera les atteintes et les conséquences fâcheuses pendant de longues années.

Chez de pareils malades, enfants d'un an et au-dessus, l'usage du lait, même de première qualité, stérilisé, pasteurisé ou cru, loin d'agir comme un aliment de première nécessité, devient un véritable poison, une substance toxique, parce qu'il n'est pas digéré et qu'il provoque dans l'intestin une série de fermentations dont les produits absorbés au niveau de la muqueuse intestinale sont la cause des perturbations plus ou moins profondes dans la santé du bébé.

Voilà donc justifié le titre de ce travail, le lait aliment toxique pour l'enfant. Ainsi limité, il nous servira de sujet d'une étude intéressante de puéri-

culture. Cette question est ignorée d'un grand nombre de médecins et cette ignorance est la cause étiologique de beaucoup de gastro-entérites aiguës et chroniques comme aussi de beaucoup d'échecs thérapeutiques dans le traitement de ces affections.

La notion de la nocivité du lait n'est pas chose nouvelle. Beaucoup d'auteurs ont signalé les méfaits du régime lacté exclusif ou trop abondant chez les enfants de un an et au-dessus. Pour en citer quelques-uns il nous suffira de rappeler les travaux de MEUNIER, de LUTON qui posa le principe de la diète hydrique dans le traitement des gastro-entérites aiguës, de MARFAN qui en régla l'emploi, de HEUBNER, de Berlin, de HUTINEL, de COMBY, de SAINT-PHILIPPE et de COMBES. Tous ces pédiâtres sont unanimes à reconnaître comme condition étiologique des gastro-entérites persistantes du sevrage l'abus du lait dans l'alimentation des enfants, au point que chez les nourrissons, âgés de six mois, HEUBNER conseille l'adjonction de diverses substances végétales dans le régime, de façon à diminuer d'autant la quantité de lait ingéré.

Si l'on ne considère que l'enfant du premier âge, élevé au sein et surtout au biberon, on sait combien sont fréquents les troubles gastro-intestinaux provoqués par l'abus du lait, vomissements, diarrhée verte ou jaune, selles fétides remplies de grumeaux blanchâtres, urines sédimenteuses, tachant les langes, insomnie, amaigrissement. Tous ces phénomènes cèdent au début à la diète hydrique, au bouillon de céréales, à l'administration du calomel et ne se répètent plus si l'on prend soin de régler convenablement l'alimentation du bébé. Ce ne sont pas ces désordres que j'ai en vue dans cette étude; je les cite pour mémoire, car ils sont très bien connus, mais je dois les rappeler, parce que leur répétition au cours de la première enfance prépare la voie à d'autres états pathologiques qui nous intéressent plus particulièrement et qui se déclarent après ce sevrage lorsque les parents continuent les mêmes errements : l'abus du lait et l'irrégularité des repas.

Il est également des cas où la dyspepsie dite du sevrage survient chez des enfants dont l'alimentation au sein ou au biberon a été surveillée correctement et qui atteignent l'âge d'un an sans avoir jamais été malades.

Examinons successivement ces deux types cliniques. Prenons d'abord l'exemple d'un enfant élevé dans de bonnes conditions au sein ou au biberon arrivé à la fin de la première année. Jusque-là la digestion s'est effectuée normalement ; on a ajouté à l'alimentation des bouillies cuites au lait et on a conservé dans l'intervalle des repas des prises de lait, si bien que l'enfant en absorbe un bon litre par jour. On ne tarde pas à voir apparaître les premiers signes d'intolérance gastro-intestinale, langue saburrale, perte de l'appétit, selles fétides de couleur mastic, dures, précédant de quelques semaines la constipation avec des éruptions cutanées diverses, urticaire, prurigo, impétigo. Le médecin appelé près du petit malade conseille la suppression des bouillies et remet l'enfant au régime lacté exclusif ; loin de disparaître les symptômes ne font qu'augmenter.

Dans un second cas, c'est un enfant constipé peu de temps après la naissance par suite d'une alimentation trop riche ou qui a souffert de plusieurs crises de gastro-entérite pendant la première année.

L'enfant arrive à l'époque du sevrage, vers 10 mois, et l'on commence à donner des bouillies. La constipation augmente à tel point que l'emploi des purgatifs, des lavements, des suppositoires devient nécessaire pour provoquer une selle. L'état général s'aggrave au fur et à mesure que l'enfant avance en âge, on le voit maigrir, s'anémier, le teint s'altère, il a une apparence subictérique, le foie est gros, le ventre ballonné ou rétracté, les selles difficilement obtenues sont composées de scybales entourées de glaires et de fausses membranes ; de temps à autre une poussée fébrile fait monter le thermomètre à 39° ; l'insomnie, les terreurs nocturnes viennent s'ajouter à ce tableau clinique et comme l'enfant atteint dix-huit mois ou deux ans voire même trois ans, il présente l'aspect d'un enfant de quelques mois tant il est chétif et amaigri.

En interrogeant les parents sur le régime alimentaire de cet enfant on apprend que les bouillies sont faites au lait, que la boisson est exclusivement composé de lait et que pendant les crises aiguës au cours desquelles le petit malade a présenté de la fièvre, quelques vomissements, un semblant de diarrhée, le régime lacté a été imposé.

A côté de ces descriptions cliniques rappelant au complet les grands signes d'intoxication par le lait, il y a des cas où la symptomatologie est plus restreinte ; l'intolérance pour ce liquide se réduisant à de la constipation sans que l'état général soit touché sérieusement, l'enfant conservant son embonpoint normal et une ap-

parence de santé, mais on relève alors de fréquentes indigestions caractérisées par de la fièvre, des vomissements, des selles fétides, un teint subictérique et une certaine flaccidité des téguments.

Quelle que soit l'intensité des troubles locaux ou généraux ils sont toujours causés par une suralimentation lactée et il est intéressant de noter que ces malades se rencontrent presqu'exclusivement dans un milieu social où l'enfant est surveillé, entouré de tous les soins nécessaires et soumis à une hygiène générale que les parents se figurent parfaite.

Après avoir signalé la cause du mal, la suralimentation lactée, il me faut chercher à démontrer pourquoi le lait et le lait seul doit être incriminé. D'abord la qualité du lait entre-t-elle en ligne de compte ? Nullement. A l'âge où l'on observe les accidents d'intolérance et d'intoxication lactée, ce liquide est donné pur sans addition d'eau: de plus les enfants malades appartiennent comme je l'ai dit plus haut à la classe aisée faisant usage de laits, reconnus bons à l'analyse. Du reste ces accidents se rencontrent même chez les enfants non encore sevrés complètement et recevant le sein d'une nourrice bien portante.

Je viens d'observer un enfant de dix-huit mois soumis à l'alimentation mixte, bouillies au lait et sein d'une nourrice parfaite, dont la croissance était particulièrement retardée puisqu'il ne pesait que cinq kg. huit cent cinquante et qui présentait une gastro-entérite chronique avec constipation, selles dures entourées de glaires, d'odeur fétide. Le sevrage immédiat, l'administration de bouillies à l'eau, de purées de légumes secs et de pommes de terre ont ramené la liberté du ventre et fait disparaître l'odeur fétide des selles ; l'état général de l'enfant s'améliore lentement, le poids quatre semaines après le début du traitement était de six kg. deux cent trente grammes.

La qualité du lait n'a donc rien à voir dans l'éclosion de la dyspepsie du sevrage. Il en est de même de la stérilisation à qui l'on a reproché de rendre la digestion et l'assimilation du lait plus difficiles. Certes, le lait cru renfermant toutes les diastases qui facilitent sa digestion, est un aliment supérieur au lait stérilisé, mais l'administration prolongée d'un tel lait est chose impossible à cause des fermentations et des altérations dans sa composition qui ne tardent pas à se produire rapidement après la traite. L'alimentation par le lait cru exige trop de soins et de précautions de la part du propriétaire de la vache pour pouvoir être recommandée. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elle trouve son emploi. Le lait stérilisé est bien toléré par la grosse majorité des enfants, les résultats qu'il a donnés en puériculture ne sont plus à discuter tant que l'on reste dans les limites prescrites par l'hygiène.

La cause de l'intolérance du lait semble provenir, comme l'a indiqué Guinon, de la transformation putride de la caséine à la suite du développement prédominant des microbes protéolytiques. La surabondance de la caséine ingérée avec une dose trop considérable de lait transforme le tube digestif en une cuve à fermentation où s'élaborent des substances incomplètement digérées, que l'enfant absorbe et qui provoquent les désordres signalés plus haut. La fétidité des selles, leur aspect blanc grisâtre, couleur mastic, voire même la constipation opiniâtre dont souffrent beaucoup d'enfants gavés de lait, les acides sulfoconjugués que renferment leurs urines prouvent l'intensité et la richesse des fermentations intestinales aux dépens de la caséine.

Les accidents d'intolérance lactée que l'on constate au moment du sevrage de l'enfant, vers l'âge de dix mois, disparaissent facilement si on diminue ou si on supprime, dans les cas graves, la quantité de lait ingéré en la remplaçant par des bouillies de farine cuites à l'eau. Ce résultat s'explique par les propriétés antiputrides des farines qu'ont signalées Heubner et Hirschler. Ces auteurs ont démontré que les céréales mélangées aux substances azotées empêchaient la formation de produits aromatiques.

De ce qui précède, il résulte donc que l'alimentation exclusive par le lait chez un enfant de dix à vingt-quatre mois est un danger; le lait est souvent la cause des gastro-entérites chroniques avec poussées aiguës que l'on constate à cet âge et il est nécessaire, pour éviter les accidents qu'elles entraînent, de diminuer et même dans certains cas de supprimer le lait de l'alimentation. C'est une mesure radicale que les faits cliniques justifient et qui est conseillée par des pédiâtres autorisés : Heubner, Combes, Hutinel, Guinon, pour n'en citer que quelques-uns.

Quel sera donc le régime alimentaire à conseiller aux enfants arrivés à la période de sevrage, c'est-à-dire environ vers l'âge de dix mois. A ce moment, si la croissance a été normale, l'enfant prend environ

un litre de lait. Pour un bébé élevé au sein, cette dose n'est pas trop élevée, elle peut même être dépassée sans gros inconvénients, mais, pour un enfant élevé au biberon, il est prudent de ne pas aller au-delà d'un litre. Sept biberons de 150 gr. donnés dans les vingt-quatre heures sont le maximum de la quantité de lait que l'on puisse conseiller à un enfant de dix mois. Lorsque l'âge et le poids de l'enfant nécessitent un volume plus considérable, il est avantageux, voire même nécessaire, de recourir à l'alimentation par les farines cuites à l'eau.

Du huitième au douzième mois l'enfant prendra le biberon, d'abord une puis deux bouillies claires cuites à l'eau, une cuillerée à café de farine pour 150 gr. d'eau bouillie. Les repas ne devront pas excéder le nombre de sept par vingt-quatre heures, c'est-à-dire que les bouillies remplaceront les biberons.

Du douzième au dix-huitième mois les bouillies, au nombre de deux par jour, seront données peu épaisses, une cuillerée à soupe de farine pour 150 gr. d'eau bouillie. L'enfant absorbera dans leur intervalle quatre biberons de 150 gr. A partir du quinzième mois, on peut ajouter dans une des bouillies un jaune d'œuf.

De dix-huit mois à deux ans la quantité du lait doit diminuer et ne pas dépasser quatre cents gr.par jour. L'enfant absorbera deux bouillies par jour, une le matin, l'autre le soir; le repas de midi se composera de purée de légumes secs, ou d'un œuf à la coque et de quelques cuillerées à café de marmelade de fruits cuits, pruneaux, abricots. Vers quatre du soir une tasse de lait avec un gâteau sec, biscotte ou break fast.

Au delà de deux ans on pourra essayer au repas de midi un peu de viande finement hachée ou mieux de la cervelle de mouton, mais la base de l'alimentation restera végétale; la bouillie à l'eau, les purées de légumes secs ou décortiqués, le bouillon de viande aux pâtes, les nouilles, le macaroni représentent les aliments que l'enfant assimile avec la plus grande facilité. Ainsi réglé le régime de l'enfant est largement suffisant pour lui fournir les éléments nécessaires à sa croissance et le mettre à l'abri des dyspepsies gastriques ou intestinales provoquées par l'abus du lait.

Tel sera le traitement préventif des accidents. Il nous reste à voir maintenant leur traitement curatif. Lorsque l'examen clinique d'un enfant et les renseignements recueillis près de la famille auront permis de penser à la dyspepsie du sevrage il faudra commencer le traitement par la suppression complète du lait, au moins pendant quelque temps.

Assurer l'antisepsie intestinale deviendra la seconde indication; on l'obtiendra par un purgatif, calomel en l'espèce, 5 centigr. par année d'âge, et par un régime alimentaire réduit que l'on maintiendra pendant quarante-huit heures au minimum.

Au lieu de la diète hydrique difficile à prolonger plus de vingt-quatre heures, on se trouvera bien du bouillon de légumes préconisé par Méry et dont la formule est la suivante :

Carottes	60	grammes
Pommes de terre	60	»
Navets	25	»
Pois ou haricots secs	25	»

pour un litre d'eau. On fait bouillir pendant quatre heures dans une marmite couverte, on filtre et on ajoute 5 gr. de sel pour un litre de bouillon.

Dans mon service d'hôpital et à la consultation j'ai l'habitude d'employer une formule plus simple qui donne d'excellents résultats :

Orge	ãã 30 grammes
Gruau	
Riz.	

faire bouillir dans une marmite sans couvercle jusqu'à réduction à un litre, filtrer et ajouter une cuillerée à soupe de sel.

L'enfant atteint de troubles gastro-intestinaux prendra toutes les deux heures un biberon de 100 gr. de bouillon.

Lorsque les selles seront devenues moins fétides, lorsqu'elles auront perdu leur aspect blanc mastic et leur forme en scybale, l'alimentation sera reprise d'abord avec prudence en conservant par jour deux ou trois biberons de céréales et en donnant deux puis trois bouillies à l'eau.

Au bout de quatre à cinq jours on retombe dans le régime indiqué plus haut, mais en se rappelant que les accidents ont été occasionnés par une ingestion trop abondante de lait et qu'il peut être bon de le supprimer complètement de l'alimentation pendant une période assez longue. On le remplacera, si besoin est, au repas de quatre heures du soir, par une infusion légère de thé ou de camomille ou mieux encore par un verre d'eau d'Evian.

A la cure diététique on pourra adjoindre le traitement médicamenteux. Celui-ci sera dirigé contre la

constipation dont souffrent souvent les enfants atteints de dyspepsie du sevrage. Les grands lavages de l'intestin, sous faible pression et avec une sonde à double courant, à l'eau chaude 40°, une ou deux fois par semaine ; l'ingestion quotidienne, le matin à jeun, d'un verre à bordeaux d'eau de Chatel-Guyon, donneront d'aussi bons résultats que l'administration des purgatifs ou des lavements auxquels l'enfant ne tarde pas à s'accoutumer.

Pour remonter l'état général on pourra conseiller les bains salés, les frictions à l'eau froide ou à l'alcool, le séjour à la campagne plus efficace que le séjour sur les bords de la mer.

La régularité absolue des heures des repas, l'augmentation lente et progressive des doses alimentaires resteront les conditions du succès de la médication.

Morcellement et énucléation par la voie vaginale de volumineux fibromes interstitiels du corps et du col utérins

par le docteur M. Oui,
professeur adjoint à l'Université de Lille.

Marie B..., femme V..., âgée de quarante-deux ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 26 avril 1906.

Antécédents personnels : Premières règles à seize ans. Trois grossesses à vingt-deux, vingt-quatre et vingt-huit ans.

Il y a trois ans, elle a commencé à perdre du sang ; depuis six mois, ses pertes sont devenues presque permanentes, souvent fétides. Ces pertes se sont accompagnées de douleurs abdominales qui, depuis trois mois, sont devenues extrêmement pénibles. La malade ayant consulté un médecin, celui-ci a diagnostiqué une tumeur utérine et lui a donné le conseil d'entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

Cette femme se présente donc à l'hôpital le 26 avril. Elle est notablement anémiée, mais en assez bon état général ; elle déclare n'avoir pas maigri et avoir conservé ses forces. Les fonctions digestives sont restées normales. Le ventre est gros et le palper y fait constater la présence d'une tumeur volumineuse, arrondie, dure et remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lorsqu'on pratique le toucher, le doigt tombe sur une tumeur sphérique, résistante, qui emplit tout le vagin. Il est impossible d'arriver jusqu'au fond des culs-de-sac vaginaux ni de sentir nettement en aucun point les lèvres du col utérin. Tout au plus arrive-t-on à constater, tout-à-fait en arrière, et très haut, une petite dépression qui nous semble devoir être considérée comme l'orifice du col. Tous les mouvements imprimés à la tumeur vaginale se transmettent à la tumeur abdominale et le palper bi-manuel permet d'affirmer que ces tumeurs ne forment qu'une seule masse.

Deux écarteurs vaginaux découvrent la tumeur vaginale qui descend presque jusqu'à la vulve. Sa surface est rouge, suintante, et présente, de place en place, de petites ulcérations.

Ces constatations ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'une masse fibromateuse à évolution à la fois utérine et vaginale. Le seul point sur lequel nous pussions hésiter était celui de savoir si la tumeur vaginale était un polype véritable ayant traversé le canal cervical pour venir s'épanouir dans le vagin ou s'il s'agissait d'une masse fibromateuse ayant envahi et dissocié le tissu même du col.

La seconde hypothèse nous parut la plus plausible, tant à cause des connexions intimes des tumeurs vaginale et abdominale que de l'impossibilité de déterminer par le toucher le bourrelet qu'aurait dû former le col dilaté autour de la tumeur vaginale, s'il s'était agi d'un véritable polype.

Restait à résoudre la question de l'intervention. Bouilly (1), dans un cas à peu près analogue, avait fait une véritable opération césarienne grâce à laquelle il put extraire la portion endo-utérine du fibrome, complétant, ensuite, son opération par la voie vaginale en pratiquant le morcellement du polype. Ce mode opératoire était peu tentant et me paraissait même dangereux étant donné l'impossibilité d'assurer l'asepsie de la cavité utérine par un curettage préalable.

Je décidai donc de commencer par morceler la tumeur vaginale jusqu'à ce que je fusse arrivé jusqu'au col et de me décider alors, suivant les circonstances, soit pour l'énucléation de la tumeur utérine, soit pour l'hystérectomie vaginale.

La malade fut soumise quotidiennement à de larges irrigations vaginales antiseptiques et je l'opérai le 1er mai.

Opération pratiquée avec l'aide de M. le docteur Juste Colle.

Un écarteur vaginal est placé en arrière, un autre en avant et la tumeur est fixée et abaissée à l'aide d'un tire-bouchon de Segond. Elle est, ensuite, évidée, puis morcelée à l'aide des ciseaux, en une quinzaine de morceaux. On peut, dans la masse que forme la tumeur, énucléer plusieurs petits fibromes arrondis, du volume d'une noix.

Lorsque ce morcellement est à peu près terminé, on découvre en avant, sous forme d'un très léger relief, la lèvre antérieure du col qui fait partie intégrante de la coque du fibrome. Une section faite le long de ce très mince bourrelet permet de se débarrasser complètement de la tumeur vaginale.

On constate alors l'existence, au point où l'examen avait permis de sentir une dépression, de l'orifice du col, bordé, en arrière, par une portion du col d'apparence normale, englobé, en avant et sur les côtés, par une masse fibreuse qui fait saillie entre la muqueuse cervicale et la muqueuse de la surface externe du col. Nous nous trouvons donc bien en face d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus qui a infiltré et dédoublé la lèvre antérieure du col. Deux larges pinces

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1890, p. 339.

de MUSEUX saisissent alors la tumeur et le doigt, ayant facilement trouvé un plan de clivage, la sépare des parois de la coque qui la contient. Le travail du doigt est aidé par les tractions exercées sur le fibrome par les pinces de MUSEUX portées de plus en plus haut. En quelques minutes, l'énucléation est achevée et cette portion intra-utérine du fibrome est extraite d'un coup, sans morcellement. La main droite est alors introduite tout entière dans le vagin et deux doigts pénètrent dans l'utérus dont ils explorent les parois, de concert avec la main gauche qui abaisse et fixe l'organe par des pressions exercées au niveau de la paroi abdominale. Il n'existe, en aucun point, de saillie anormale.

Excision de quelques lambeaux capsulaires.—Lavage antiseptique de la cavité et tamponnement serré avec trois fortes mèches de gaze iodoformée. Tamponnement lâche du vagin.

L'opération a duré cinquante-cinq minutes. Le temps de beaucoup le plus long a été le morcellement de la portion vaginale de la tumeur, l'utérus n'ayant pu être que très peu et difficilement abaissé.

Poids des fragments recueillis : 1 kil.

Suites opératoires. — Les suites ont été absolument apyrétiques.

Le 5 mai, le tamponnement iodoformé est retiré et remplacé par une seule mèche intra-utérine et un tamponnement vaginal très peu serré.

Le 8 mai, la gaze iodoformée est définitivement retirée. Le col, reformé et présentant une large ouverture transversale, laisse suinter un peu de liquide séro-sanguinolent. Deux injections vaginales par jour.

Le 17 mai, cette femme laisse l'hôpital. Elle ne perd plus. L'hystérométrie pratiquée le jour de sa sortie donne huit centimètres de profondeur de l'utérus.

J'ai eu, récemment, des nouvelles de cette femme. Elle ne souffre plus et n'a eu, depuis son opération, ni leucorrhée, ni pertes sanguines anormales. Les premières règles consécutives à l'opération se sont produites le 6 juin et n'ont rien présenté de particulier.

Consultations Médico-Chirurgicales

Fissure à l'anus

Docteur René LE FORT.

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un malade (le plus souvent une femme), éprouve en allant à la selle des douleurs vives, une sensation de brûlure, puis les douleurs se calment ; bientôt, la défécation terminée, la douleur reprend, plus aiguë ; c'est une cuisson atroce, une souffrance intolérable qui arrache des cris au malheureux patient, et qui dure un quart d'heure, une demi-heure, parfois davantage. Cette crise horrible se répétera à chaque défécation, quelquefois avec irradiations à distance, avec incontinence d'urine ou même rétention ; elle deviendra la préoccupation de tous les instants, et le sujet, effrayé à la seule idée d'aller à la garde-robe, se refusera les aliments nécessaires à la santé pour éviter le plus possible les évacuations douloureuses.

Ce malade est atteint d'une *fissure à l'anus*. Point n'est besoin d'un examen attentif (à ne jamais négliger, toutefois) du fondement pour établir le diagnostic. Ces seuls symptômes, plus ou moins accusés suivant les cas, sont caractéristiques de l'affection ; à eux seuls ils suffisent pour affirmer ce diagnostic, qu'il n'y ait ou qu'il n'y ait pas d'ulcération anale nettement visible. Celle-ci siège le plus souvent en arrière, peu profonde, linéaire, parfois accompagnée d'une petite hémorroïde.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — L'affection n'a guère de tendances à la guérison spontanée, il y a tout intérêt à la traiter le plus vite possible. Deux éléments sont à considérer dans la maladie : l'ulcération, le spasme. Ces deux éléments réagissent l'un sur l'autre ; c'est l'ulcération, souvent minime, qui est la cause du spasme sphinctérien réflexe. C'est le spasme sphinctérien, si douloureux, si pénible pour les malades, qui entretient l'ulcération et en empêche la guérison.

Ces deux éléments sont loin d'avoir la même importance ; bien souvent la fissure guérit par le traitement du spasme, rarement la guérison sera obtenue par le seul traitement de l'ulcération. Mieux vaut, dans tous les cas, traiter les deux éléments de l'affection.

TRAITEMENT. — Le traitement de la fissure à l'anus est simple et heureusement souvent efficace.

Traitement de l'ulcération. — Ce traitement peut être préventif et curateur.

Préventif. — Pour prévenir l'ulcération anale, il faut assurer la propreté de l'anus normal. Mais les soins de propreté seront plus rigoureux encore si l'anus est malade ; s'il y a des hémorroïdes, par exemple, la régularité des fonctions intestinales sera obtenue et un traitement rationnel des affections rectales, anales et périanales, sera institué.

Curateur. — Quand il s'agit de guérir l'ulcération existante, les moyens varient avec la nature et le degré de l'ulcération. La cautérisation au **nitrate d'argent** des muqueuses, ou mieux encore au **thermocautère** seront parmi les meilleurs procédés à utiliser.

Traitement du spasme. — On doit distinguer les cas légers et les cas accusés pour la médication à employer.

Cas légers. — Les pommades belladonées et cocaïnées,

associées au traitement de l'ulcération peuvent donner des résultats dans les cas les plus légers.

Cas accusés.— Dans la grande majorité des cas, un seul traitement est vraiment efficace, c'est la dilatation de l'anus.

Technique de la dilatation de l'anus. — La dilatation de l'anus est une opération des plus douloureuses, nécessitant l'anesthésie. Et comme c'est l'une des opérations qui ont donné le plus d'accidents de chloroforme, la question de l'anesthésie mérite qu'on s'y arrête. Avec le chloroforme ou l'éther, il faut pousser l'anesthésie jusque la résolution musculaire absolue ; c'est le moyen le plus sûr d'éviter les syncopes graves. Pousser le chloroforme jusqu'à la disparition des réflexes, **et ne pas faire la dilatation avant que cette période de l'anesthésie soit atteinte.**

Le sujet doit avoir été préparé comme pour une grande opération, purgé deux jours avant l'intervention, mis à l'opium depuis la veille, rasé, savonné, etc. La toilette du champ opératoire doit être complète. Introduire dans l'anus l'index droit, glisser l'index gauche contre le droit, remplacer successivement les index par les pouces, très doucement, sans brusquerie, et prendre avec les doigts de chaque main, point d'appui, en dehors des ischions. La vraie dilatation commence alors, elle doit être complète, poussée jusqu'aux ischions, sans brutalité, mais sans interruption. Ainsi faite, latéralement, elle ne fait courir aucun danger à l'urèthre. La muqueuse anale souffre peu de la manœuvre, le **sphincter crie un peu en cédant sous l'effort**, c'est le but cherché.

Traitez immédiatement par cautérisation la fissure, si vous la voyez, placez une gaze dans le rectum et laissez le malade au repos quelques jours.

Un peu d'incontinence, ordinaire après l'opération, cède le plus souvent d'elle-même et rapidement. N'oubliez pas de **vous informer les premiers jours si votre malade a uriné de lui-même,** surtout si c'est un homme, la rétention urinaire n'étant pas rare après la dilatation anale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 22 juin 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Résection du genou pour tumeur blanche articulaire

M. **Le Fort** confirme les données fournies par M. Gaudier. Il ajoute des arguments convaincants empruntés aux statistiques fournies par des cliniques étrangères.

Personnellement, s'il ne pouvait se contenter du grattage ou de l'arthrectomie chez l'enfant, il pratiquerait l'amputation que jusqu'ici il a toujours pu éviter.

M. **Gaudier** a fait quarante-sept résections de genou en trois ans.

Il s'agit d'un malade qui, il y a treize ans, pour une tumeur blanche du genou, fut réséqué largement par le docteur Phocas. Actuellement, il présente de la flexion en ankylose à angle obtus et un raccourcissement de vingt-sept centimètres. Ce cas vient à l'appui de l'opinion actuelle concernant la résection du genou chez l'enfant, qui condamne radicalement des interventions aussi mutilantes par le raccourcissement fatal inhérent à la suppression des cartilages de conjugaison.

Opération de Talma pour ascite cirrhotique ; mort le cinquième jour.

M. J. **Drucbert** *(sera publié).*

Syphilis nasale

M. **Descarpentries**, de Roubaix, présente un malade ayant une syphilis nasale très grave. Le malade a perdu ses cornets et son vomer : il a une perforation de la voûte du palais. Sa cloison vient d'être détruite par une gomme, et le lobule du nez se prend à son tour.

Il s'agit de syphilis héréditaire. Le malade ne présente aucune manifestation syphilitique. Ses antécédents sont bons. Il a une femme, une fille de deux ans, indemnes d'accidents spécifiques. Sa sœur, par contre, a toujours mal aux yeux ; il a perdu trois sœurs mortes d'atrepsie en bas âge. Son père s'est remarié et sa seconde femme perdit un fœtus macéré. L'état général du malade est très mauvais. Il fut d'abord soigné par des gargarismes, des cautérisations, du sirop de salsepareille. La médication iodique aggrave les lésions. La médication mercurielle fut d'abord mal faite. L'auteur vient de lui faire une série de six piqûres d'huile grise sans grand résultat.

M. **Charmeil** connaît des cas où tous les efforts thérapeutiques furent infructueux. Personnellement, il en a un à son actif, qui fut rapporté dans la thèse de M. L. Carpentier. Une autre observation, recueillie par M. Charmeil, présentait la particularité suivante : le mercure était insuffisant employé seul et l'adjonction d'iodure était couronnée d'un résultat heureux.

Les auteurs sont partagés sur la thérapeutique à employer dans les lésions rebelles : M. Dieulafoy se refuse à employer l'iodure ; Fournier et Lermoyez sont d'avis contraire. M. Charmeil préconise une médication mixte. Dans le cas présent, il injecterait du calomel et ordonnerait l'ingestion de trois grammes d'iodure.

M. **Noquet** a obtenu d'excellents résultats en employant le traitement mixte dans des cas de syphilis nasale.

M. **Surmont** demande l'avis de M. Charmeil sur l'emploi des frictions mercurielles et leur efficacité.

M. **Charmeil** croit leur emploi suranné. L'injection intra-musculaire de sels solubles ou insolubles est plus active et tout aussi bien tolérée que la friction qui présente des inconvénients multiples. L'injection est de pratique courante et à la portée de tout médecin.

M. **Carlier** recommande comme mesure préventive de l'injection l'analyse des urines. Celle-ci permet d'éviter des accidents redoutables, les seuls, peut-être, qui puissent suivre le traitement mercuriel.

M. **Surmont** a vu un malade présenter une réaction fébrile après chaque injection. Peut-être s'agissait-il d'un urinaire.

M. **Bertin** relate l'observation d'un individu chez lequel le traitement intensif fut suivi d'accidents mortels. Le sujet était un rénal méconnu.

M. **Gérard G.**, insiste sur les points anatomiques les plus favorables à l'injection profonde.

Tréponèmes et syphilis

MM. **Curtis** et **Charmeil** présentent des préparations de tréponèmes et des coupes de chancre colorées suivant la méthode de Levaditi. Cette méthode est excellente et d'un emploi courant. M. Curtis recommande d'observer spécialement tel ou tel autre détail, celui, par exemple, qui consiste à laver longtemps les pièces, après le bain d'alcool.

Sur les préparations présentées, on observe bien la localisation des spirilles à la base des papilles. Il n'y en a pas dans l'épiderme.

M. Charmeil insiste sur l'importance diagnostique de la présence de spirilles dans le suc d'un chancre. Cette recherche lui a déjà servi pour déceler deux cas douteux pour lesquels, autrefois, on fût resté dans l'expectative.

Large plaque de desquamation chez une variolique

MM. **J. Minet**, interne, et **M. Gérard**, externe des hôpitaux, présentent à la Société une large plaque de desquamation épidermique provenant d'une malade atteinte de variole, qui fut soignée et guérie dans le service de M. le professeur Combemale, plaque représentant absolument le moule du nez de la malade.

Celle-ci, entrée à la Maternité le 23 avril 1906, y accoucha normalement le même jour et en sortit le 29 avril. Notons que quatre jours avant, le 19 avril, une femme atteinte de variole était descendue à la Maternité.

Le 8 mai, elle fut prise de céphalalgie, de rachialgie, de douleurs dans les jambes ; elle n'y attribua guère d'importance. Le 14 mai, elle vit apparaître, sans rash préalable, quelques macules au niveau du front et des joues. L'éruption, en l'espace de quarante-huit heures, se généralisa à tout le corps.

Elle entre à l'hôpital le 17 mai : elle est alors en pleine éruption vésiculaire, vésicules qui, en peu de temps, deviennent des pustules ombiliquées, et dont quelques-unes sont hémorrhagiques en leur centre. L'éruption, quasi cohérente au tronc et aux membres supérieurs, est absolument confluente à la face où les paupières ne peuvent plus se relever.

La maladie évolue normalement ; la température atteint son acmé (40°5) le 23 mai 1906 et redescend ensuite en quelques jours aux environs de 37°.

La desquamation se fait, au visage, par larges plaques ; l'une de ces plaques, celle que présentent MM. Minet et Gérard, a exactement la forme du nez de la malade.

Méningite pneumococcique

MM. **J. Minet**, interne, et **M. Gérard**, externe des hôpitaux, présentent à la Société le cerveau d'une femme morte de méningite pneumococcique dans le service de M. le professeur Combemale.

Cette femme, mère de six enfants, et opérée à Amiens d'hystéropexie il y a 6 ans, était entrée à la Maternité le 6 avril 1906, enceinte de 7 mois, et atteinte d'une pneumonie lobaire de la base droite. L'accouchement avant terme se produisit spontanément le 9 avril, et la température, qui avait atteint 39°,6, redescendit peu à peu jusqu'à la normale, qu'elle atteignit le 15 avril. Néanmoins, les râles subsistaient nombreux à la base. Le 19 et le 20 avril, ascensions thermiques brusques à 38°6 et à 39°. Puis la température retombe et reste aux environs de 36 jusqu'au 29 ; l'état général n'est pas bon, les râles sont de plus en plus nombreux à la base, et la malade paraît se cachectiser peu à peu.

Le 30 avril, la température étant subitement montée à 40°5, la malade descend dans le service de médecine. On lui trouve de gros râles et du souffle dans toute la partie moyenne et inférieure du poumon droit. La température oscille de 3 et 4 degrés, entre le matin et le soir, pendant quelques jours. Le 5 mai, elle commence à vomir sans efforts ; le 6, les signes de méningite apparaissent indubitables. La mort survient dans le coma le 8 mai, à 6 heures du matin.

A l'autopsie, on trouve les deux lobes inférieurs du poumon droit arrivés au stade d'hépatisation grise de la pneumonie. Notons en passant qu'on ne retrouve aucune trace de l'hystéropexie ancienne : l'utérus est absolument libre dans le bassin ; et pourtant, le prolapsus ne s'était pas reproduit, et la femme avait pu mener à terme 2 grossesses, après l'opération.

Le cerveau, qui est présenté à la Société, apparaît petit et rétracté. On trouve à la convexité, dans les scissures et le long des vaisseaux, un pus épais verdâtre, crémeux, le pus louable des anciens auteurs. Par places, le pus s'étend à la surface même des circonvolutions, formant

des plaques irrégulières qui dépassent parfois les dimensions d'une pièce de deux francs. On trouve aussi du pus à la base du cerveau et dans les méninges cérébelleuses, mais en petite quantité. Il n'y en avait pas au niveau des méninges spinales.

Rupture traumatique des voies biliaires

M. **J. Colle** présente à la Société un malade atteint le 10 avril dernier d'une rupture traumatique des voies biliaires, non diagnostiquée à l'origine.

L'épanchement péritonéal de bile qui mit un mois à se constituer, était d'environ 9 litres.

Le malade opéré le 10 mai guérit par simple drainage, la lésion ayant été, à cause des adhérences, impossible à trouver. (L'observation *sera publiée ultérieurement*).

Hypertrophie de la prostate. — Prostatectomie

M. **Carlier** présente deux prostates d'aspect bien différent. L'une a un lobe médian énorme. Le sujet qui en était porteur souffrait de rétention depuis huit ans : l'extirpation fut facile, le succès immédiat.

L'autre est petite ; elle fut difficile à enlever par suite d'adhérences qui la fixaient aux tissus du voisinage, mais les suites furent bonnes.

M. Carlier insiste sur les succès obtenus à la suite d'opérations semblables. Il cite la difficulté à sonder les malades opérés de prostatectomie et en explique la cause.

Variétés & Anecdotes

La thérapeutique sous le Grand Roi

par le docteur **Paucot**

Les doctrines et les mœurs médicales sous Louis XIV ont fait l'objet de maint intéressant travail, aussi n'ai-je pas l'intention de reprendre ce sujet traité magistralement par M. le professeur Folet en un pittoresque et évocateur opuscule intitulé « Molière et la médecine de son temps ».

Néanmoins, le hasard m'ayant mis entre les mains une pharmacopée de cette époque, il m'a paru amusant d'y cueillir quelques formules qui permettent d'apprécier la singulière thérapeutique en vigueur « en un siècle où la médecine se trouve dans sa dernière perfection ».

L'ouvrage porte un titre pompeux : « *Pharmacopée Royale Galénique et Chimique du sieur Charras* » et débute par des approbations immodérément élogieuses de messire Daquin, premier médecin de Sa Majesté, de Monsieur Esprit, premier médecin de Monsieur, frère de Sa Majesté et de beaucoup d'autres éminents médecins de l'époque. Cette Pharmacopée « véritablement royale par l'abondance et l'excellence de ses remèdes » ne contient, dit M. Esprit, rien de défectueux ni de superflu et il ajoute « Je n'ai rien trouvé à désirer de ce qui achève la dernière perfection d'un ouvrage ».

L'auteur, le sieur Moyse Charras, était, en 1676, « apoticaire artiste du Roy » ; il est facile de se convaincre que le titre d'artiste apothicaire est largement mérité, car il y a dans nombre de formules plus de médicaments qu'il n'y a de couleurs sur la palette du coloriste le plus enragé et on admet volontiers qu'il faille un véritable talent pour doser et assembler « secundum artem », les multiples ingrédients qui entrent dans la composition des tablettes électuaires, poudres, trochisques, baumes, syrops et onguents. Songez donc que la thériaque d'Andromaque le Père ne contient pas moins de 82 ingrédients ! Heureusement, M. Daquin « ne pense pas qu'on doive fonder l'efficace extraordinaire des remèdes sur le nombre excessif des médicaments qui les composent » et cette sage opinion l'amène à donner la recette d'une thériaque très simplifiée, ne contenant plus que 36 produits divers ; je vous ferai grâce de leur énumération. Les formules les plus simples comportent 10 à 12 médicaments empruntés en majorité au règne végétal ; néanmoins, le règne animal n'est pas dédaigné et dans l'homme lui-même « La chymie trouve abondamment de quoy s'exercer et faire des préparations fort exquises ».

Aussi on ne prépare pas seulement les fleurs, feuilles, racines ou graines de plante qui sont froides, chaudes, sèches ou humides, on ne sait pour quelle raison, on cuisine aussi le castor, le renard, le paon, la cigogne, les vers de terre, les scorpions, la corne de cerf, etc.

La vipère distillée jouit d'une réputation incontestée ; « à peine trouverait-on dans toute la médecine un remède plus universel » il n'y a pas longtemps d'ailleurs qu'elle a perdu la confiance du corps médical. — La poudre de vers de terre et de cloportes lavés au vin blanc est souveraine pour remédier aux difficultés d'urine.

A défaut de formiates, on prescrivait de « l'eau spiritueuse distillée de fourmis » et à en croire l'auteur, les propriétés de cette eau n'étaient pas moins merveilleuses que celles de certains élixirs modernes vantés en quatrième page des journaux : « cette eau éveille et fortifie la chaleur naturelle, donne aux femmes et aux hommes du courage et aussi de la vigueur pour accomplir l'acte vénérien ; elle est fort propre pour rétablir les personnes atrophiées ». Vous le voyez, on ne promet pas plus au public actuellement et je signalerai à l'attention des lanceurs de produits guérissant tous les maux « l'Eau de Sperme de Grenouilles pour éteindre les feux volages, dissiper les rougeurs du visage et apaiser les démangeaisons causées par les humeurs âcres ; on s'en sert aussi avantageusement pour arrêter les hémorrhagies, le vomissement, le crachement de sang, le

saignement de nez; elle arrête encore le progrez des gouttes chaudes prises à l'intérieur; en application, elle apaise l'inflammation des érésipèles, mortifie les panaris en deux heures et aussi les cancers. » Cette eau, convenablement renovée et habilement lancée par un vulgarisateur sachant s'autoriser des Anciens, serait assurée du succès. Le crapaud entier desséché tenu dans la main ou sous l'aisselle n'est pas moins hémostatique que la grenouille « il arrête les menstrues et pertes démesurées des femmes étant appliqué sur le nombril. » Mais voilà qui va stupéfier les dentistes et décourager les vendeurs d'élixir odontalgique « l'os de la jambe gauche de devant, ou bras du crapaud, appliqué contre la dent, en apaise la douleur, suivant l'expérience des modernes. »

Enfin, je signalerai les étranges vertus de l'huile de Lézards « fort recommandée pour faire naître et croître les cheveux », et aussi comme « spécifique pour guérir la descente des intestins (hernie). » Les thérapeutes de l'époque devaient obtenir de bien curieux résultats, lorsqu'ils l'appliquaient sur un abdomen lisse.

Mais c'est dans le corps de l'homme, pendant la vie ou après la mort qu'on trouve les plus excellents médicaments. On fait des préparations de « son crâne, de son sang, des autres os, de la chair, de la graisse et de la mumie; on peut aussi préparer ses ongles, ses cheveux, son urine et les autres excréments, de même que l'arrière-faix des femmes; de la fiente de l'homme desséchée au soleil puis distillée par la cornue, on tire une huile recommandée pour la guérison des érésypèles ulcerez et pour celle de la teigne, de toutes sortes de galles et propre pour mortifier et guérir les cancers. »

La raclure de crâne humain est souveraine contre l'épilepsie et contre toutes les maladies du cerveau. Il est à remarquer que l'épilepsie a inspiré un nombre considérable de formules; en voici une des plus savoureuses :

— Prenez l'arrière-faix d'une femme sanguine, accouchée d'un premier enfant mâle, sec et séparé de ses membranes, une once.
De racines de pivoine à fleurs blanches.
De la semence de chac. demi-once.
De la râclure de crâne d'homme mort violemment.
De la râclure de corne de de Licorne.
De pied d'Elan.
De guy de chêne.
Des racines de valériane sauvage.
De vincetoxicum, de chac. 3 gros.
Des Perles.
Du corail rouge préparé.
De la pierre de contrayerva.
De la semence de Galanga, de chac. deux gros.
Du musc d'Orient.
De l'Ambre-gris, de chacun un scrupule.

Mêlez tous ces médicaments et en faites une poudre pour l'usage.

Plus nombreuses encore les préparations destinées à combattre les vapeurs et suffocations qui tourmentaient beaucoup les contemporains du Grand Roi et Louis XIV lui-même, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant le journal de la Santé du Roi; le fait n'a rien de surprenant, car si les courtisans imitaient leur maître, ils devaient passer leur vie à attraper des indigestions; en effet, ce monarque fut surtout grand par son appétit il avait la gloutonnerie de certains dégénérés, il en avait aussi le profil; il est facile de s'en convaincre en regardant le médaillon de Pierrre Puget; l'angle facial du Roi Soleil ne diffère guère, dans cette œuvre sincère, de celui des Aztèques exhibés de nos jours.

Les suffocations de matrice donnent naissance à maintes « poudre hystériques » dans lesquelles la corne de tête et de pied de bouc voisinent avec l'ivoire, le corail et l'ambre; d'autres poudres préviennent l'avortement et fortifient l'enfant dans la matrice; ce sont toujours les mêmes étranges amalgames sans propriétés appréciables; aussi je me contenterai de reproduire deux ou trois formules particulièrement originales, et d'abord une poudre contre les accouchements difficiles.

Prenez des testicules de cheval séchés selon l'art dans le four d'un boulanger.
De la canelle fort odorante.
Des noyaux de dattes.
Du safran.
Des feuilles sèches de laurier, de chac. 2 gros.
Des trochisques de myrrhe, 1 gr.

Cette poudre agit puissamment dans les accouchements difficiles; en quoy la prudence est tout-à-fait nécessaire pour ne pas la donner mal à propos ni avant le temps; ses effets ne sont pas moindres pour faire sortir l'arrière-faix ». Les dystocies n'étaient pas difficiles à vaincre et je comprends que l'auteur recommande la prudence, car c'est ce que l'on peut appeler un remède de cheval.

Voici un autre remède destiné à apaiser les tranchées des accouchées, très simple cette fois et à la portée de toute accouchée : « Le sang qui sort du boyau du nombril de l'enfant lorsque la sage-femme l'a coupé avec des ciseaux, donné chaudement au poids de demi-once, est un souverain remède pour apaiser et prévenir les tranchées ».

Enfin, pour finir cette déjà longue énumération, la recette d'un liniment pour la scatique :

Prenez trois petits chiens nouveau-nés.
Trois taupes en vie.
Des vers de terre, une livre.
Des feuilles de laurier. Romarin, Menthe Marjolaine, Lavande Serpolet, de chac. une poignée.

faire cuire dans l'huile commune et du vin rouge de chacun trois livres, ensuite exprimer les matières et ajouter à la liqueur de la cire jaune et de la graisse d'oie de chacun dix onces.

Il ne faut pas s'étonner qu'on eût confiance en de tels médicaments, car de nos jours encore plus d'un empirique prépare des pommades non moins absurdes et aussi

malpropres et nombre de gens instruits et se disant intelligents les emploient avec confiance.

La thérapeutique, vous le voyez, n'empruntait presque rien au règne minéral, les sels, l'antimoine et le mercure sont à peu près les seuls produits minéraux utilisés, et non par tous, mais par les seuls médecins novateurs, les autres restaient fidèles aux vieilles formules, à la purge, au clystère et à la saignée.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Un congrès d'hygiène et d'assistance sera tenu à l'Hôtel-de-ville de Tourcoing, du 19 au 23 septembre 1906, à l'occasion de l'Exposition Internationale des Industries textiles. En voici le programme :

I. — Hygiène urbaine. — Mercredi 19 septembre, à neuf heures du matin, sous la présidence de M. le docteur Calmette :

(*a*) Communication sur les « *Postes Sanitaires* » par M. Féver, chef de division à la Préfecture du Nord. (*b*) Communication sur « *l'organisation générale des moyens de prévention contre les maladies contagieuses ; désinfection* » par M. le docteur René Potelet, inspecteur departemental d'hygiène. (*c*) Discussion du rapport sur le « *Tout à l'égout* » présenté par M. le docteur Julien, directeur de l'Office Sanitaire de Tourcoing. Après-midi : à deux heures et demie, démonstration à l'hôpital des procédés expérimentés pour le « *Tout à l'égout.* »

Jeudi 20 septembre, à neuf heures et demie du matin, sous la présidence de M. le Docteur A.-J. Martin, inspecteur général de l'Assainissement de la Ville de Paris.

(*a*) Communication sur « *la distribution d'eau potable* » par M. Nourtier, ingénieur des Arts et Manufactures, directeur du service des eaux de Roubaix-Tourcoing. (*b*) Communication sur « *la fièvre typhoïde* » par M. le docteur Julien. (*c*) Discussion du rapport sur « *l'épuration des eaux résiduaires* », présenté par M. Grimpret, ingénieur des Ponts et Chaussées.

Après-midi : à deux heures et demie, visite au Mont des Bonnets, du réservoir des eaux potables, à quatre heures, visite à l'Usine à Gaz ; démonstration de divers procédés sur « *l'épuration des eaux résiduaires* ».

II. — Assistance. — Vendredi 21 septembre, à neuf heures du matin, sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur, président du conseil supérieur de l'Assistance publique :

(*a*) Communication sur « *l'organisation du Bureau de Bienfaisance* », par M. Maurice Cordier, vice-président du Bureau de Bienfaisance de Tourcoing. (*b*) Communication sur « *l'organisatisn de l'hospice* », par M. Jules Lahousse, directeur de l'Hôpital de Tourcoing. (*c*) Communication sur « *l'Influence de l'état hygrométrique sur l'apparition et le développement du choléra infantile* », par M. le docteur Decherf, médecin de la Sauvegarde des Nourrissons. (*d*) Communication sur « *les Résultats médicaux de la Sauvegarde des Nourrissons* » par M. le docteur Lagache, médecin de la Sauvegarde des Nourrissons. (*e*) Discussion du rapport sur « *l'organisation générale de la Sauvegarde des Nourrissons,* » présenté par M. Victor Dubron, avocat à la Cour d'Appel de Douai, président du Comité du Nord de l'Alliance d'Hygiène sociale.

Samedi 22 septembre, à neuf heures du matin, sous la présidence de M. Mirman, directeur des Services de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, au Ministère de l'Intérieur :

(*a*) Communication sur « *un essai de traitement à domicile des tuberculeux* » par M. le docteur Julien. (*b*) Communication sur « *l'organisation hospitalière.* (*c*) Communication sur « *l'exploitation de la ferme des hospices* » par M. Merchier, juge de paix à Lille, rapporteur de la Société des Agriculteurs du Nord. (*d*) Discussion du rapport sur « *l'Assistance par le travail,* » présenté par M. le docteur Dron, député, maire de Tourcoing.

Dimanche 23 septembre, à onze heures du matin, sous la présidence de M. Casimir Périer, ancien président de la République, président de l'Alliance d'Hygiène sociale, séance de clôture.

Distinctions honorifiques

La **médaille d'honneur des épidémies** a été décernée aux personnes ci-après :

Médailles d'argent : MM. les docteurs Dozoul, de Barrême ; Clair et Vigné, médecins sanitaires maritimes ; Raybaud, de Marseille ; Tollemer, de Paris ; Coppin, médecin-major des troupes coloniales ; M. Conseil, interne à l'hôpital Sadriti (Tunis).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Desuet, d'Hersin-Coupigny ; Robin, de Pantin ; MM. Boinot, Dénécheau, Chartier, Kutz, Halbron, internes des hôpitaux de Paris ; Chastagnol, Boivin, Collin, internes provisoires des hôpitaux de Paris ; Roussel, Axenier, Cottard, Duru, Faugeron, externes des hôpitaux de Paris ; Assire, interne des hôpitaux de Rouen.

Nous avons plaisir à relever dans cette liste, le nom de notre confrère Desuet, d'Hersin-Coupigny, à qui nous adressons nos bien sincères félicitations.

Notre Carnet

Le 2 Août a été célébré à Lille le mariage de M. le docteur Maurice Dehon avec mademoiselle Juliette Brèle. Nous adressons aux jeunes époux nos meilleurs souhaits de bonheur.

— M. le docteur G. BÉAL, de Lille, nous fait part de la naissance de sa fille YVONNE. Nous lui adressons nos vœux les plus sincères pour la mère et l'enfant.

— M. le docteur Louis MEURISSE, de Thumesnil, nous fait part de la naissance de son fils ANDRÉ. Qu'il reçoive tous nos souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GUILLARMOU, médecin de la marine, en retraite ; AUBET, de Saint-Laurent-d'Aigousse ; PALLIER, de Saint Quay-de-Portrieux ; GUYOT, sénateur du Rhône ; ROGER MAILLANT, d'Andernos, mort de diphtérie, victime du devoir professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

La Chirurgie enseignée par la Stéréoscopie

Ce **Guide des opérations courantes** est destiné à accompagner la collection de stéréoscopies de MM. Camescasse et Lehmann, mais forme en même temps un tout complet, et séparé, il permettra à ceux que le prix de la collection des stéréoscopies effraiera de posséder une **Médecine opératoire** illustrée de planches originales prises au cours même des opérations.

Un texte court et précis donne pour chaque opération : **Ce qu'il faut savoir**, c'est-à-dire les particularités anatomiques ou autres qu'il faut avoir présentes à l'esprit. **Ce qu'il faut avoir**, c'est-à-dire les aides et les instruments nécessaires. **Ce qu'il faut faire**, c'est-à-dire le manuel opératoire.

Chaque opération est accompagnée de 4 planches en similigravure d'après les stéréoscopies originales des auteurs. Ces planches sont merveilleuses de netteté et de précision.

Voici la liste des dix opérations décrites par MM. Camescasse et Lehmann.

I. Cure radicale de la hernie inguinale. — II. Hystérectomie pour lésion unilatérale. — IV. Laparotomie vaginale. — III. Curettage. — V. Hystéropexie abdominale. — VI. Amputation du sein. — VII. Amputation de jambe. — VIII. Appendicite. — IX. Lipomes. — X. Hygroma sous-tricipital.

L'idée de MM. Camescasse et Lehmann, mise à exécution par la maison J.-B. Ballière, est très ingénieuse et très curieuse.

C'est la chirurgie enseignée par l'image. Alors que dans les traités de technique opératoire les figures sont assez rares et ne représentent pas tous les temps de l'opération, si bien qu'il est toujours nécessaire de recourir à la lecture du texte qu'on voudrait parfois plus clair, ici tous les temps, toutes les manœuvres passent sous l'œil de l'observateur, qui revoit toutes les précautions les plus infinies de l'opération, qui les revoit particulièrement bien dans les opérations superficielles, comme la hernie.

Cette tentative très ingénieuse est un progrès qui rendra des services au praticien qui veut se remémorer, comme à l'étudiant qui veut apprendre à comprendre ce qu'il verra à l'hôpital ; c'est, d'ailleurs, apprendre en s'amusant.

Docteur BERTHOD. — **La réforme de l'enseignement médical.** VIGOT frères, éditeurs, 23, Place de l'Ecole de Médecine, Paris. — In-8°, 0 fr. 50.

A ce moment où la réforme de l'enseignement médical devient une question d'actualité par suite de l'enquête prescrite aux recteurs d'Université par le ministre, on lira avec intérêt cette brochure, où le docteur Berthod expose avec son indépendance et son esprit critique, ce qu'il pense de l'état de notre enseignement médical et des réformes qui y sont nécessaires.

— La direction de la **Gazette des Eaux** rappelle à tous les intéressés qu'elle a créé, depuis plusieurs années déjà, dans ses bureaux, 60, rue Mazarine, à Paris, un service de renseignements, appelé **Office central des renseignements balnéaires.**

Ce service se met entièrement à la disposition des médecins, directeurs de stations hydrominérales ou climatiques, exploitant de sources ou de sanatoriums, etc., désireux d'offrir ou de rechercher situations, postes, renseignements pour analyses de sources, exploitation, demandes en autorisation, captages nouveaux et anciens, etc.

Il sera répondu, dans le plus bref délai, à toute demande de ce genre, adressée aux bureaux de la **Gazette des Eaux, 60**, rue Mazarine, Paris (VI[e]).

Lille. — Imp. Le Bigot frères rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN

N° 505. Dixième Année. N° 33. Le Numéro : **10** centimes 2 Septembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : **50 centimes.** — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés **25** centimes, pour les abonnés **15** centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Indications et résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie

par le professeur **V. CARLIER**

La magistrale description du Professeur GUYON sur l'évolution clinique des tumeurs de la vessie date déjà d'un certain temps, vingt ans environ. Depuis lors les nombreux travaux parus sur cette intéressante question de chirurgie urinaire n'ont que bien peu modifié le tableau clinique qu'en fit GUYON. Certes, grâce à la cystoscopie, nous avons pu, depuis lors, apporter une plus grande précision en ce qui concerne le siège, l'aspect, le volume et le mode d'implantation des tumeurs vésicales ; leur étude anatomo-pathologique nous a fait modifier nos procédés opératoires dans nos interventions chirurgicales. A ces différents points de vue, nous faisons mieux que nos devanciers et nos résultats sont certes meilleurs, mais ils sont encore assez imparfaits pour que l'on puisse utilement discuter encore sur les indications et les résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie.

Si l'on se trouvait toujours en présence de tumeurs dites bénignes, vulgairement dénommées papillomes, le problème serait simple à résoudre. Et encore faudrait-il que la maladie fût diagnostiquée à son début, car, avec le temps, le pédicule du papillome peut subir la transformation épithéliomateuse, ce qui modifie complètement le pronostic, on le conçoit aisément. Si les malades, moins négligents de leur santé, ou mieux conseillés par leurs médecins, prenaient un peu plus de souci de leur première hématurie, nous aurions à déplorer moins souvent cette transformation fâcheuse du pédicule des polypes vésicaux. Il n'en resterait pas moins les tumeurs malignes d'emblée, et c'est, en réalité, à propos de cette variété de néoplasmes que se pose la question du plus ou moins d'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Or ces cas sont les plus fréquents, si j'en juge par ma statistique personnelle.

J'ai eu l'occasion d'observer un nombre assez considérable de tumeurs de la vessie. J'ai pu retrouver les observations de soixante malades; quinze d'entre eux, pour des raisons diverses, n'ont pas subi d'intervention chirurgicale. Sur ces quinze cas, il y avait trois tumeurs bien pédiculées et très opérables, mais les malades ont refusé toute intervention. Deux cas concernaient des tumeurs sessiles et dures développées chez des enfants, j'ai déconseillé toute opération. Cinq cas avaient trait à des tumeurs infiltrées chez l'adulte, ce qui rendait l'opération trop aléatoire pour qu'on puisse conseiller d'y recourir. Enfin les observations des quatre derniers malades notent laconiquement tumeurs de la vessie, sans plus amples détails.

Sur ces soixante malades, j'en ai donc opéré quarante-cinq, dont quarante-deux du sexe masculin, et trois seulement du sexe féminin. Je note en passant cette disproportion entre les deux sexes ; elle a sûrement son importance au point de vue de la pathogénie des tumeurs de la vessie. Elle semble donner raison à la théorie émise par M. Motz, à savoir que les tumeurs de la vessie auraient souvent une origine prostatique. Je ne m'attarde pas à la discussion de cette idée, c'est affaire aux anatomo-pathologistes.

Sur les quarante-cinq malades que j'ai opérés, j'ai fait cinquante interventions, car il m'a fallu réopérer trois d'entre eux pour récidive, et un quatrième malade a été opéré trois fois.

En principe, on peut établir qu'on doit opérer toutes les tumeurs plus ou moins pédiculées ou tout au moins pédiculisables de la vessie, non pas que cette conformation du néoplasme soit un indice certain de sa bénignité, car beaucoup d'épithéliomes présentent ce caractère, mais parce que toute tumeur se présentant sous cet aspect laisse entrevoir la possibilité d'une opération sinon toujours radicale, mais dont le malade pourra tout au moins bénéficier pendant un temps variable. Il était indispensable de faire de suite cette réserve au point de vue du pronostic, même quand il s'agit du papillome le plus typique en apparence, car la récidive des polypes se fait le plus ordinairement sous forme d'épithéliome (Albarran).

Tumeurs bénignes. — En consultant mes observations, je trouve dix cas diagnostiqués papillomes simples. J'ai pu suivre ces opérés qui sont restés sans récidive depuis un temps variable de sept ans à un an. Une particularité peu connue concernant les papillomes, c'est la possibilité d'une récidive non pas *in situ*, mais en des points de la vessie tout à fait différents de leur point d'implantation primitif. J'ai réopéré deux malades dans ces conditions spéciales. L'un d'eux a subi une deuxième taille hypogastrique à deux ans d'intervalle de la première pour trois nouvelles productions polypeuses qui s'étaient développées en des points de la vessie très éloignés du siège du premier polype. Même genre de récidive chez un autre malade, mais dans des conditions très particulières et qu'il ne m'a été donné d'observer qu'une seule fois. Ce malade, opéré en décembre 1896 pour un gros polype à pédicule long et grêle inséré au voisinage du col, guérit sans incident, mais je le revoyais deux mois après pour de nouvelles hématuries. Je le réopérai en mars 1897; or, la vessie ouverte, je constatai que la paroi vésicale était couverte d'une série de petites tumeurs d'aspect villeux et framboisé, au nombre d'une vingtaine, sessiles pour la plupart, et dont le volume moyen était celui d'un noyau de cerise. Détail important, il ne s'était fait aucune récidive au niveau du polype opéré trois mois auparavant. S'est-il agi dans ce cas d'une propagation par greffe ou d'une sorte de coup de fouet imprimé à la diathèse néoplasique par la première opération ? Quoi qu'il en soit, j'excisai aux ciseaux, puis thermocautérisai toutes ces tumeurs, mais le malade mourut de shock dans les vingt-quatre heures.

Tumeurs malignes. — Examinons maintenant la conduite à tenir vis-à-vis des tumeurs présentant d'emblée les caractères des tumeurs malignes, c'est-à-dire des tumeurs sessiles, dures et plus ou moins infiltrées dans la paroi vésicale.

Chez l'enfant, toute opération me paraît absolument contre-indiquée. A cet âge, il s'agit, en effet, le plus souvent de sarcome, dont on connaît toute la rapidité d'évolution dans le jeune âge.

En ce qui concerne l'adulte, la conduite à tenir varie suivant les cas. Lorsqu'il s'agit de tumeurs d'un certain volume, sessiles et infiltrées, mieux vaut s'abstenir. Ces tumeurs ne bénéficient pas d'une chirurgie active, car leur repullulation locale et leur propagation ganglionnaire sont fatales à très bref délai.

La récidive peut même avoir lieu dans la cicatrice de l'incision vésicale sus-pubienne, ce qui crée à ce

niveau une tumeur plus ou moins importante qui envahit parfois la cicatrice de l'incision cutanée, d'où la formation d'un fongus saignant et d'aspect sanieux qui fait bien regretter au chirurgien son intervention. Aussi conseillé-je l'abstention dans ces cas voués d'avance à la récidive rapide. Si, cependant, l'impuissance de la morphine à calmer les douleurs ou si l'importance des hématuries rendaient une intervention nécessaire, l'opération sera la plus simple possible ; elle devra consister en une simple fistulation sus-pubienne de la vessie, accompagnée ou non d'une thermocautérisation du néoplasme, celle-ci au point de vue de l'hémostase ou de la désinfection.

Dans d'autres cas, quoique reconnue maligne, la tumeur plus ou moins pédiculisable paraît pouvoir être circonscrite. Je crois alors à la légitimité de l'intervention, mais à la condition qu'on soit décidé d'avance à pratiquer une cystectomie partielle. L'opération ainsi menée ne constitue pas encore une garantie contre la récidive, elle donne même une mortalité relativement élevée; mais, la guérison opératoire une fois obtenue, elle laisse le malade dans une situation très satisfaisante pendant un temps variable, malheureusement encore trop court dans la généralité des cas.

On a cependant quelquefois des résultats inespérés avec des tumeurs que leur volume et leur évolution avaient fait considérer comme malignes. C'est ainsi que j'ai opéré en 1898, avec l'aide de mon collègue M. Gaudier, qui avait désiré assister à l'opération, un jeune homme de vingt-trois ans porteur d'une volumineuse tumeur de la vessie, offrant au moins le volume des deux poings. La tumeur était dure et lisse, et elle était pourvue d'un pédicule gros comme le pouce et inséré au sommet de l'organe. L'examen de la tumeur, fait par le professeur Curtis fit conclure à un sarcome. Or, je revois souvent ce malade, sa santé est parfaite et sa tumeur ne récidive pas, bien que son opération date de sept ans.

On pourrait objecter qu'une cystectomie totale mettrait bien mieux à l'abri d'une récidive qu'une cystectomie partielle. Bien que je considère que la cystectomie totale soit le procédé chirurgical de l'avenir, je n'en suis pas partisan pour le moment, en raison même de son extrême gravité. C'est que la cystectomie totale implique la transplantation des uretères soit dans l'intestin, soit dans le vagin, soit dans l'urètre. Or, le procédé de Maydt est jusqu'ici le seul qui paraisse mettre les reins, pendant un certain temps, à l'abri de l'infection. Malheureusement, ce procédé exige l'intégrité du trigone vésical, et l'on sait que c'est au trigone que se développent le plus souvent les tumeurs de la vessie. Je n'y ai eu recours qu'une seule fois, chez un homme de quarante-neuf ans, atteint d'un épithélioma qui récidivait pour la troisième fois et qui avait envahi la presque totalité de la vessie. Mon malade est mort au troisième jour.

Procédé opératoire. — Comme procédé opératoire, j'ai toujours eu recours à la taille hypogastrique longitudinale, sans jamais m'attaquer au pubis, soit pour une résection partielle, soit pour une symphyséotomie. Chez les sujets obèses et dont la vessie est loin de la paroi abdominale, une section incomplète des tendons des muscles droits donne un jour suffisant pour y bien voir, surtout avec l'emploi des écarteurs automatiques.

Dans mes cinquante tailles hypogastriques pour tumeurs, j'ai drainé la vessie quarante-quatre fois, soit avec les tubes de Guyon-Périer, soit avec une grosse sonde de Malécot ou de Pezzer. Dans six cas seulement, j'ai fait une suture totale de la vessie. Je l'ai d'ailleurs vivement regretté chez deux malades qui ont saigné consécutivement à l'opération. Aussi, sauf le cas d'un néoplasme dont l'ablation a été extrêmement simple et où l'on est sûr de son hémostase, je conseille de laisser un drainage hypogastrique pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'opération. Cette pratique augmente un peu, pour l'opéré, la durée du séjour au lit, mais le chirurgien trouve dans le drainage une sécurité que ne lui donne pas la suture totale de la vessie.

Résultats opératoires. — Voici maintenant mes résultats opératoires. Si je fais abstraction d'un malade que j'ai opéré exsangue et absolument *in extremis,* sur mes cinquante interventions j'ai eu quatre morts, soit une mortalité globale de 8 p. 100. Ce chiffre est de beaucoup inférieur à la moyenne que donne M. Raffin dans son remarquable rapport à la neuvième session de l'Association française d'urologie. En analysant ces causes des décès, je trouve deux malades morts de shock ; j'ai fait plus haut allusion à l'un d'eux, l'autre malade est celui que je viens de dire avoir été opéré alors que la vie semblait le quitter ; deux autres malades, âgés de soixante deux et

soixante-douze ans, sont morts l'un au douzième jour, l'autre au quinzième jour. Le cinquième opéré décédé avait subi une cystectomie totale avec abandon des uretères dans la plaie ; il succomba le troisième jour à une péritonite provoquée par une petite déchirure du péritoine passée inaperçue lors de l'opération.

Conclusions : Pour me résumer, je dirai que l'on est autorisé à s'attaquer franchement, par des procédés opératoires divers, non seulement aux tumeurs d'apparence bénigne comme les papillomes, mais encore à toutes les tumeurs *pédiculées* ou *pédiculisables* de la vesssie. Par contre il faut savoir, dans certains cas, modérer son activité. Il en doit être ainsi, selon moi, pour les tumeurs infiltrées, dures, ayant envahi une partie de la vessie, surtout s'il s'agit de tumeurs occupant le trigone ou son voisinage. Dans ces cas, le traitement se bornera à être palliatif et consistera le plus ordinairement en une simple fistulisation de la vessie. Et encore, faut-il que cette cystotomie soit commandée par l'abondance des hémorrhagies ou par l'acuité des douleurs et l'inefficacité de la morphine. De même que nous n'opérons pas toutes les tumeurs du rein, de même il est des tumeurs de la vessie vis-à-vis desquelles le chirurgien doit savoir avouer son impuissance.

Action paralysante du Fluorure de sodium sur la digestion peptique

par le docteur **Sonneville.**

Il est indispensable, quand on étudie l'action d'un ferment soluble, d'empêcher le développement des microorganismes dont l'intervention simultanée compliquerait singulièrement les résultats.

C'est KUHNE qui, le premier, fit usage d'un antiseptique dans l'étude des produits de la digestion tryptique, précaution d'autant plus nécessaire que le milieu légèrement alcalin favorable à l'action de la trypsine l'est aussi au développement des microbes.

Cet inconvénient est beaucoup moins à craindre avec le suc gastrique dont l'acidité suffit souvent à empêcher momentanément la putréfaction de se produire. Néanmoins pour les études de longue durée, il devient nécessaire d'ajouter au milieu une substance antiseptique. L'acide chlorhydrique libre a, on le sait, une action nocive vis-à-vis des microbes, mais il n'en est plus de même quand il est combiné à des matières albuminoïdes et à des peptones, comme dans le suc gastrique impur.

Parmi les agents antiseptiques, on a recommandé dans ce but le fluorure de sodium à 1 pour 100. ARTHUS a constaté que, même après plusieurs mois, différents ferments solubles tels que l'émulsine, la trypsine, l'invertine, ne perdent à son contact aucune de leurs propriétés. Il arrête au contraire toute putréfaction. ARTHUS et HUBER considèrent par suite le fluorure de sodium comme un véritable réactif permettant de différencier les ferments solubles d'avec les ferments figurés.

Dans le but d'étudier les produits ultimes de la digestion peptique, nous avons employé des solutions de pepsines fluorées à 1 pour 100, comme l'indique ARTHUS, mais nous avons constaté que de telles solutions ont perdu tout pouvoir digestif.

On sait depuis longtemps que les sels neutres, en général, exercent une action empêchante vis-à-vis de la pepsine. Mais pour la plupart d'entre eux il faut des doses relativement fortes pour arrêter complètement la digestion. Ainsi le chlorure de sodium, pour produire un tel effet, doit exister dans la liqueur à raison de 160 pour 1.000. Le salicylate de soude, qui d'après les tableaux de PETIT, est le sel neutre le plus actif, annihile l'activité de la pepsine à la dose de 8 pour 1.000. Les sulfates, d'après PFLEIDERER, la gêneraient déjà à la dose de 0 gr. 0014 pour 100.

Mais l'action du fluorure de sodium n'a jamais à notre connaissance été mentionnée ; aussi avons-nous recherché quelle est la dose minima de ce sel, nécessaire pour arrêter la digestion peptique.

Cette étude nous a paru d'autant plus intéressante que ROBIN recommande, dans les dyspepsies avec fermentations, le fluorure d'ammonium comme agent antiseptique capable de détruire les ferments figurés, *sans gêner l'action du suc gastrique.*

Afin de pouvoir comparer le pouvoir empêchant du fluorure de sodium à celui d'autres sels, nous avons étudié en même temps que lui, le salicylate de soude, le sulfate de soude et le chlorure de sodium. L'action de ces différents sels a déjà été établie par d'autres auteurs, mais pour avoir des termes exacts de comparaison, il est indispensable de recommencer les études déjà faites et de se placer dans des conditions toujours semblables. Les chiffres obtenus peuvent en effet varier avec l'activité de la pepsine employée.

son degré de pureté, avec l'acidité des solutions, enfin avec les méthodes de mesure.

Pour mesurer l'activité des liquides digestifs nous nous sommes servi du procédé de Mette qui consiste, on le sait, à faire digérer de l'albumine d'œuf cuite dans des petits tubes de verre de un à deux millimètres de diamètre. Il suffit à la fin de l'expérience de mesurer la longueur qui a été digérée.

Voici le tableau de quelques expériences.

1° Solution de pepsine à 0,1 pour 100.
Hcl à 2 pour 1.000

Doses	5 p. 1000	2,5 p. 1000	1 p. 1000	0,5 p. 1000
Fluorure de sodium	0 mm	0 mm 5	1 mm 5	2 mm
Salicylate de soude	0 mm	0 mm 2	2 mm	2 mm
Sulfate de soude	1 mm	1 mm 5	2 mm	2 mm
Chlorure de sodium	1 mm	1 mm 75	2 mm 5	2 mm 5

Temoin 2 mm 5. — Durée de la digestion, 24 heures.

2° Solution de pepsine à 0,1 pour 100. — Hcl à 1,5 p. 1000.

Doses	5 p. 1000	2,5 p. 1000	1 p. 1000	0,5 p. 1000
Fluorure de sodium	0 mm	0 mm 75	2 mm 5	3 mm 5
Salicylate de soude	0 mm	1 mm	2 mm 5	3 mm 5
Sulfate de soude	1 mm	2 mm	2 mm 5	3 mm 5
Chlorure de sodium	2 mm	3 mm	3 mm 5	3 mm 5

Témoin 3 mm 5. — Durée de la digestion, 24 heures.

3° Solution de pepsine à 0,05 p. 100. — Hcl à 2 p. 1000.

Fluorure de sodium	0 mm	0 mm	début de digestion à peine appréciable	0 mm 5
Salicylate de soude	0 mm	0 mm	0 mm 75	1 mm 5
Sulfate de soude	1 mm	2 mm	2 mm	2 mm
Chlorure de sodium	2 mm 5	2 mm 5	3 mm 5	4 mm

Témoin 4 mm. — Durée de la digestion, 24 heures.

4° Solution de pepsine à 0,5 pour 100
Hcl à 1,5 pour 1000

	5 p. 1000	2,5 p. 1000	1 p. 1000	0,5 p. 1000
Fluorure de sodium	0 mm 5	1 mm	1 mm	2 mm 5
Salicylate de soude	0 mm 75	1 mm	2 mm 5	4 mm 5
Sulfate de soude	5 mm	6 mm	5 mm	6 mm
Chlorure de sodium	6 mm	6 mm 5	6 mm	7 mm 5

Témoin 7 mm 5 — Digestion pendant trois jours

5° Suc gastrique humain + quantité égale de Hcl à 1,5 pour 1000

	3,6 p. 1000	1,8 p. 1000	0,7 p. 1000
Fluorure de sodium	0 mm	0 mm	5 mm
Citrate de soude	0 mm	3 mm	5 mm 5

Témoin 6 mm — Durée, 24 heures

De ces expériences, nous pouvons tirer la conclusion que, à la dose de 4 pour 1000, le fluorure de sodium arrête presque toujours la digestion de l'albumine d'œuf cuite. Nous avons vérifié très souvent ce résultat avec des sucs gastriques humains que notre excellent ami le docteur Dehon nous a obligeamment fournis.

A des doses moindres, le fluorure de sodium entrave plus ou moins l'action de la pepsine. A raison de 0,5 pour 1000 il est encore nettement nocif.

En le comparant aux autres sels employés, on voit que, à la dose de 5 pour 1000, il a le même pouvoir empêchant que le salicylate de soude ; mais à des doses moins élevées il reste plus actif que lui. Cela tient à ce que le salicylate de soude agit par un double mécanisme : d'une part en saturant l'acide chlorhydrique du suc gastrique, d'autre part en mettant en liberté de l'acide salicylique qui a, par lui-même, une action nocive vis-à-vis de la pepsine.

Le fluorure de sodium au contraire n'est pas décomposé par l'acide chlorhydrique. S'il l'était d'ailleurs un peu, la liqueur digestive ne devrait qu'en devenir plus active, car Hübner a montré que parmi les acides halogénés c'est l'acide fluorhydrique qui active le plus la digestion peptique.

Ainsi donc il faut admettre que le fluorure de sodium possède bien par lui même une action empêchante vis-à-vis de la pepsine.

Il ne la détruit d'ailleurs pas, car si après avoir laissé la solution peptique fluorée à 4 pour 1000 en contact avec l'albumine d'œuf, sans qu'il se produise de digestion, on vient alors à diluer la solution, on constate que l'attaque de l'albumine commence aussitôt.

En résumé le florure de sodium est, parmi les sels neutres, l'un des plus nuisibles pour la pepsine. Il ne peut donc pas être employé comme agent antiseptique, dans les études de digestion gastrique. A la dose de 1 pour 100 ou 1 pour 200 nécessaire pour arrêter complètement toute putréfaction, il annihile l'activité de la pepsine.

Les expériences que nous avons faites nous permettent également de faire des réserves au sujet de l'emploi des fluorures alcalins en thérapeutique. Il nous semble bien peu indiqué chez des malades dont la digestion stomacale se fait déjà dans de mauvaises conditions.

LETTRE D'ÉVIAN

Pourquoi je suis ici en villégiature

par le docteur **Manouvriez** (de Valenciennes)
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

J'ai toujours aimé passionnément la mer : son infinie modalité, sous les influences solaire et lunaire, selon l'heure et le jour, les semaines et les saisons, n'a jamais cessé de prévenir ma lassitude.

Et, puis-je oublier que je lui dois le reste de santé dont je me contente aisément? C'est en effet à Wimereux, ce coin de Basse-Normandie égaré dans notre région du Nord, qu'il y a plus de quinze ans, je suis allé demander l'air pur et tonique, la luminosité et la reposante distraction, au milieu des dunes, des falaises et des rochers, épuisé comme je l'étais alors par la clientèle, la médecine administrative et les travaux scientifiques. Asthme, par accès quelquefois angoissants, fausse angine de poitrine, myocardite avec arythmie, dyspepsie flatulente et vertiges, insuffisance hépatique trahie par l'hypertrophie du foie, colique néphrétique avec sable et gravier uriques, polyarthrite déformante, bouffissure anémique, fatigue intellectuelle et dysmnésie, tel était mon tableau symptomatique, passablement chargé on l'avouera. Or, ces reliquats de trois atteintes d'influenza épidémique non soignées, chez un arthritique nerveux héréditaire, s'atténuèrent rapidement, disparurent même par degrés, grâce à plusieurs cures marines.

Le sentiment et la reconnaissance tout ensemble me font donc proclamer les bienfaits de la mer. La constance est toujours louable; et connaît-on rien de plus hideux que l'ingratitude?

Deux fois déjà pourtant, en ma jeunesse, la sirène avait failli brutalement me retenir dans son étreinte, soit qu'au Tréport, le flot descendant m'entraînât au large, ou qu'à Jersey, je perdisse pied dans un gouffre entre deux roches, près du rivage. Et voilà que, plus tard, après m'avoir d'abord comblé de ses faveurs, en me rendant la tonicité désirée, la traîtresse en vint à m'insinuer sournoisement l'excitation, redoutable sous toutes ses formes.

Sans insister sur le spasme cervico-vésical qui se manifeste fréquemment dès les premiers temps du séjour à la mer, ce furent, vers la fin de la saison : coryza, trachéite, voire légère poussée bronchitique, et insomnie, finalement une dépréciation générale; de sorte qu'après l'effet salutaire primitif de la cure marine, qui s'était progressivement exalté pendant les trois premières semaines, avec stade d'une huitaine de jours, survenait une période de réaction plus ou moins vive, donnant lieu à un état de malaise et d'indisposition.

Ultérieurement enfin la mer parut m'être franchement préjudiciable dès le début : éruptions eczémateuses, retours d'arthrite noueuse, poussées d'ostéo-périostite alvéolo-dentaire expulsive, bien que je ne prisse pas de bains, et même sur les plages plus méridionales, partant moins excitantes, de Normandie et de Bretagne, telles Le Crotoy, Cabourg et Pornic.

Persistant malgré tout à aimer la mer, mais ne pouvant plus la supporter, j'ai dû chercher à m'en procurer l'illusion consolatrice en venant passer le plus chaud de l'été à Evian, sur la fraîche rive méridionale du Lac Léman, face à sa plus grande largeur (*Grand Lac*), d'où Lausanne et Ouchy apparaissent au loin, comme l'île de Noirmoutiers vue de Ste-Marie-Pornic.

Près du port sis au fond de la superbe baie, avec son débarcadère protégé par l'arc de la jetée, j'assiste, de mon « home », à l'incessant va-et-vient des nombreuses et diverses embarcations : bateaux à vapeur, brigantines à voiles latines, ou « hirondelles », yachts, canots automobiles, barques de pêche et de promenade, et je suis des yeux les capricieuses évolutions des mouettes pêcheuses.

Malgré l'absence de marées, le niveau du lac, loin d'être immuable, présente des variations saisonnières dues à la fonte des neiges, dont la différence maxima, entre août et mai, atteint 1 m. 50, et de temps en temps des oscillations, encore inexpliquées (*seiches*). Sa belle nappe, d'un bleu moiré, sillonnée de forts courants, à teinte claire, et bordée par le courant spécial de côte, « ladière », attribués aux sources sous-lacustres, est d'ordinaire à peine ridée par les brises régulières, soit matinales du lac (*rebat*), soit vespérales de terre et de montagne : *séchaud*, ou *morget*, uniformisant la température ; oncques même des vents de tempête l'agitent, et soulèvent des flots analogues à ceux de la mer, qui viennent déferler avec bruit sur la rive.

Les bains, dans le lac, seraient au moins aussi agréables qu'à la mer; et l'on pourrait sans peine y établir comme cela se fait en Suisse, une petite plage en pente douce, à fond de gravier fin, où particulièrement les enfants aimeraient à s'ébattre dans l'onde attiédie. Nous sommes persuadé que ces pleines-eaux à l'air libre ne feraient aucun tort aux bains de piscine et autres pratiques d'hydrothérapie, si parfaitement organisés dans le luxueux Etablissement thermal balnéaire, dont la clientèle spéciale de malades est toute différente de celle des baigneurs en simple villégiature. La Société des Eaux semble même tout naturellement désignée pour réaliser au mieux cette nouvelle installation.

Il est enfin possible de faire sur le Léman la cure tonisédative de navigation, recommandée aux surmenés et aux neurasthéniques, tantôt en bateau à vapeur, d'autres fois dans une de ces confortables barques, munies de dais, pour la promenade.

La pêche à la ligne, sur le rivage ou au large, toujours très fructueuse, presque miraculeuse parfois, constitue, pour certains, une des principales attractions d'Evian.

Grâce à leur puissante couche d'humus, irriguée par des sources nombreuses, les rives du lac, merveilleusement boisées, offrent une flore d'une richesse exceptionnelle ; l'étagement des coteaux et des monts voisins permet d'y recueillir les bons effets des cures de montée méthodiquement graduée, d'ascension et de séjour temporaire journalier aux diverses altitudes.

Mon intention n'est point de m'appesantir ici sur les indications, tout à la fois précises et variées, de la station, dont la source Cachat offre le type le plus caractéristique et important. On les pourra trouver bien formulées dans les intéressantes études des médecins consultants, MM. Bordet, Chiaïs, Bergouignan et Cottet, les rapports officiels à l'Académie de Médecine (1888) et au Comité Consultatif d'Hygiène (Bergeron, 1896), et les conférences du Professeur Landouzy et du docteur Huchard lors du Voyage d'Etudes Médicales de 1901.

Il ne sera cependant pas inutile de rappeler qu'outre la cure par diurèse des affections rénales, le lavage du sang et des tissus, au moyen de ce sérum naturel qu'est l'eau d'Evian, convient éminemment à tous les arthritiques, même et surtout aux nerveux, qui sont légion, et dont nous, médecins, faisons généralement partie ; il m'a d'ailleurs paru profitable aussi aux jeunes gens candidats à l'arthritisme héréditaire. Je m'en trouve, quant à moi, tellement bien, que je prolongerai mon séjour au delà de la limite de six semaines, que je m'avais d'abord assignée.

Mais, ce qu'il importe le plus de signaler, c'est l'indication toute spéciale de cette eau contre la *cholémie*, dite *familiale*, exagération du « tempérament bilieux » des anciens, dont le syndrôme, encore trop souvent méconnu, a été si judicieusement discerné, il y a quelques années, par le professeur Gilbert, et dans laquelle les eaux alcalines doivent être interdites.

Comme la cure par diurèse, le matin, au lit, reconnue, dans ces derniers temps, plus particulièrement efficace, tend à se généraliser, et que, d'autre part, elle devrait, selon nous, être complétée par l'usage de l'eau de Cachat aux repas, à l'exclusion de l'eau ordinaire de distribution, saine, mais dure, on comprendra combien il deviendrait alors indispensable de veiller scrupuleusement à la provenance réelle de la source prescrite, ce qui légitimerait peut-être un mode de contrôle, que la Société des Eaux trouverait sans doute. Nous croyons devoir appeler l'attention des hôteliers sur cette question, toute de détail, mais qui pourtant intéresse au plus haut point la santé des baigneurs et dont pourrait dépendre le bon renom de la station.

Pour conclure, Evian et une station climatérique d'été, hydrominérale par surcroît, qui convient merveilleusement à tout arthritique, au nerveux surtout, même relativement bien portant, qui ne supporte plus guère, et c'est le cas général, le séjour à la mer. La cure marine dont on a trop abusé, au cours de ces dernières années, conserverait encore d'ailleurs un incontestable et suffisant monopole d'efficacité contre toutes les dyscrasies par appauvrissement général et pour favoriser le développement des jeunes enfants lymphatiques.

Evian, le 15 Août 1906.

Consultations Médico-Chirurgicales

Phtiriase

Docteur Bertin.

I. POUX DE TÊTE

INFORMATIONS CLINIQUES. — *a*) Une femme, un enfant jouissant d'une santé parfaite se plaignent de démangeaisons vives siégeant sur le cuir chevelu, particulièrement dans la région occipitale. A l'examen, on trouve d'abord sur la tête les lésions ordinaires du prurigo : papules simples ou excoriées, pustules et croûtes. Les lésions prédominent à la nuque, siège de prédilection, et débordent le cuir chevelu pour envahir la partie supérieure du cou. Un examen plus attentif montre l'existence du parasite, insecte allongé d'un gris ou d'un blanc cendré, mesurant de un à deux millimètres de longueur. On trouvera surtout le long des cheveux des chapelets de *lentes*, qui ne sont autre chose que des œufs, protégés par une coque de chitine. Au fur et à mesure que le cheveu s'accroît en longueur, ces lentes qui lui sont intimement adhérentes et ne le quittent plus, vont s'éloigner de sa racine : il en résulte que la présence de lentes situées à une grande distance du cuir chevelu permet d'affirmer une pédiculose ancienne, dont il serait facile d'évaluer l'âge par la mesure du chemin parcouru.

b) Un enfant lymphatique, une femme peu soucieuse des soins de toilette présentent depuis de longs mois de l'impétigo du cuir chevelu. On trouve sur la tête des vésico-pustules et les croûtes mélicériques caractéristiques de cette affection, formant de véritables gâteaux qui agglutinent les cheveux. Les croûtes se morcellent et produisent de petites concrétions jaunâtres, adhérentes aux cheveux : c'est l'*mpetigo granulata* des anciens auteurs, pathognomonique de la phtiriase. Ici encore on retrouve le parasite, qui, à l'abri des croûtes, soigneusement respectées pour éviter la douleur, a trouvé un

excellent terrain de développement. On retrouve aussi les lentes, échelonnées sur les cheveux à différentes hauteurs.

c) L'infection du cuir chevelu peut atteindre un degré de plus : la vésico-pustule impétigineuse est devenue une ulcération ecthymateuse, des abcès sous-dermiques se sont développés, donnant naissance à des lymphangites, à des engorgements ganglionnaires, à des adénophlegmons de la région rétro-cervicale. Sous l'influence de ces suppurations prolongées, de la résorption des produits toxiques élaborés, du prurit nocturne qui cause l'insomnie, l'état général s'altère : les enfants maigrissent, pâlissent, on trouve de l'albuminurie dans les urines, et la cachexie peut survenir. *L'impétigo pédiculaire du cuir chevelu peut se terminer par la mort.*

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES.— La phtiriase du cuir chevelu est une affection parasitaire, toujours d'origine externe. Il n'en est pas moins vrai que les poux pullulent chez certains sujets avec plus de facilité que chez d'autres : chez les enfants, chez les femmes, dont la longue chevelure offre un excellent terrain à leur développement, chez les adultes des deux sexes au cours des pyrexies, chez les femmes en couches, chez les cachectiques et les débilités. L'affection se développe plus aisément dans la classe pauvre, où les soins de propreté du cuir chevelu sont totalement ignorés : mais les classes aisées n'en sont nullement préservées, et il n'est pas rare de rencontrer la phtiriase dans la clientèle de ville.

TRAITEMENT. — Le traitement de la phtiriase doit être prophylactique et curateur.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Dans toutes les agglomérations d'enfants, dans les orphelinats en particulier où l'affection sévit à l'état endémique, il est indispensable de prescrire des soins de toilette du cuir chevelu très réguliers, suivis d'une lotion antiseptique.

Chez les femmes en couches, ou au début d'une pyrexie dont on ne peut prévoir la durée, une excellente mesure prophylactique consiste à **réunir les cheveux en petites tresses.** On pourra, de cette façon, observer pendant toute la durée du séjour au lit les soins de propreté indispensables.

TRAITEMENT CURATIF CHEZ L'HOMME. — Ce traitement différera suivant qu'il s'adresse à l'homme ou à la femme. Chez l'homme adulte, chez l'enfant dont on peut sans inconvénient sacrifier la chevelure, il suffira de prescrire pendant quelques jours des **savonnages** avec un savon antiseptique, suivis d'une lotion alcoolique bichlorurée.

Bichlorure de mercure	0 gr. 50
Alcool à 90°..........	100 grammes
Eau..................	150 grammes

ou encore

Bichlorure de mercure	0 gr. 50
Vinaigre..............	250 gr.

S'il existe des lésions du cuir chevelu, on les traitera par des enveloppements humides, des applications émollientes, des pommades légèrement antiseptiques.

Chez la femme. — Chez la femme, **il serait inexcusable de sacrifier la chevelure,** même si les lésions du cuir chevelu sont intenses et les lentes extrêmement abondantes. On arrive toujours à guérir la phtiriase sans recourir à cette mesure trop radicale.

1° Il faut d'abord détruire les poux, par des solutions alcooliques de sublimé comme précédemment. Un excellent moyen consiste à appliquer pendant quelques heures un enveloppement humide avec une solution bichlorurée.

Vidal conseille, si les parasites sont extrêmement nombreux, d'avoir recours aux pommades, en particulier à l'**onguent napolitain**. On fait le premier jour une friction sur tout le cuir chevelu, le second jour un savonnage, le troisième des onctions avec la pommade :

Huile de cade .... }
Glycérolé d'amidon... } āā 25 gr.
Teinture de Quillaya. — Q. S. pour émultionner

L'onguent mercuriel sera avantageusement remplacé par une pommade au **naphtol** au vingtième, pour éviter l'intoxication toujours possible.

2° Le second but à atteindre consiste à détruire les lentes. On sait que la chitine est dissoute dans le **vinaigre chaud**. On conseillera aux malades de se peigner avec un peigne métallique trempé dans cette préparation. En s'armant de patience, et en peignant méthodiquement des tresses de quinze à vingt cheveux, on arrive à guérir en quelques jours la phtiriase la plus invétérée.

3° On guérira les lésions du cuir chevelu, comme précédemment, par des applications émollientes ou légèrement antiseptiques.

II. POUX DU PUBIS

INFORMATIONS CLINIQUES.— *a*) Un adulte ressent depuis un temps parfois assez long des démangeaisons très vives dans la région du pubis. A l'examen, on trouve une légère dermite, caractérisée par de la rougeur et quelques papules excoriées, et avec un bon éclairage et un peu d'attention, on découvre un parasite immobile, de couleur pâle, fixé dans un follicule : c'est le phtirius inguinalis. Il siège le plus souvent au pubis, mais on

peut le rencontrer en même temps sur toutes les régions pileuses du corps, sauf au cuir chevelu : on le trouve aux poils du ventre, des aisselles, des cuisses, des jambes, parfois même dans la barbe et dans la moustache, aux sourcils et aux cils où il détermine une blépharite rebelle. Le parasite est fixe : il s'introduit profondément dans le follicule, où il s'enfonce par la tête, et on ne peut l'en extraire qu'en le saisissant avec une pince. Sa recherche demande donc une certaine attention.

Sur l'abdomen, sur le thorax. les cuisses, parfois à la partie postérieure des bras et des aisselles, on trouve une éruption de taches bleuâtres, arrondies, non prurigineuses, des dimensions d'une lentille ; ce sont les taches bleues encore appelées taches ombrées, taches phtiriaques, véritable érythème toxique produit par la sécrétion des glandes salivaires des phtirius.

b) En l'absence de tout prurit, on observe chez un adulte une éruption maculeuse, formée de taches bleues, ombrées, siégeant sur les flancs et le thorax, simulant une roséole syphilitique. Ou bien encore c'est par hasard qu'on découvre cette éruption en examinant la peau au cours d'une pyrexie dont on veut déterminer la nature. L'absence de prurit ne doit pas faire éliminer d'emblée l'hypothèse de phtiriase : il faut examiner les taches sous une bonne lumière, et en cas de doute rechercher le parasite, qu'on trouvera facilement avec un peu d'attention.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — La phtiriase du pubis est une maladie des adultes jeunes, qui se transmet généralement par la cohabitation nocturne : on a pu dire que le morpion est le plus vénérien des poux. On l'observe plus fréquemment dans la classe aisée que dans la classe pauvre.

Les taches bleues n'existent pas chez tous les sujets atteints de phtiriase, mais leur apparition coïncide toujours avec la présence du parasite. Des poux peu nombreux peuvent donner naissance à une éruption assez confluente, et inversement : il y a là une prédisposition individuelle. Un état fébrile semble favoriser la multiplication du parasite.

TRAITEMENT. — Le traitement le plus simple et le plus communément employé consiste à frictionner les régions atteintes avec l'**onguent mercuriel simple.** On laisse la pommade en contact pendant quelques heures, et l'on fait suivre d'un bain savonneux. Ce moyen, qui donne d'excellents résultats, a l'inconvénient d'être sale, et surtout d'exposer le patient à des accidents d'hydrargyrie locale, ou même à une intoxication générale. La pommade au **calomel** au vingtième, aussi efficace, sera plus facilement acceptée. Mais si les parasites sont nombreux, et si l'on craint une susceptibilité particulière au mercure, il sera prudent d'avoir recours à d'autres antiseptiques : le **naphtol** β, le **baume du Pérou**, le **pétrole**, etc... On conseillera par exemple des badigeonnages deux fois par jour avec le mélange suivant :

Naphtol β	5 grammes
Huile d'olives.......	50 grammes

ou avec

Pétrole	ãã 15 grammes
Baume du Pérou....	
Huile de laurier....	1 gramme

Si les parasites sont peu nombreux, on pourra éviter les inconvénients qui résultent de l'application des pommades en employant, comme pour la phtiriase du cuir chevelu, des lotions quotidiennes avec une solution alcoolique de bichlorure de mercure, en faisant **peigner les poils en trempant le peigne fin dans du vinaigre chaud**. Ce moyen sera tout aussi efficace, sinon aussi rapide que l'application de corps gras.

Les taches bleues s'effacent très rapidement, et spontanément, dès que le parasite a disparu.

III. POUX DU CORPS

INFORMATIONS CLINIQUES. — Un vieillard, un vagabond débilité par la misère, se plaignent d'un prurit rebelle et intolérable, survenant surtout dans la journée pour se calmer la nuit. On trouve le corps entièrement couvert de lésions de grattage : papules excoriées, longues écorchures linéaires produites par les ongles, et consécutivement, épaississement et lichénification des téguments. Assez souvent viennent s'ajouter des pyodermites variées. Les lésions sont prédominantes sur le dos, le ventre, la ceinture, les membres dans leur partie supérieure. Les jambes sont assez rarement atteintes ; les mains, les pieds, le visage sont toujours respectés. Outre ces lésions de grattage et de pyodermite, la peau présente souvent une coloration brune plus ou moins accusée, atteignant tout le corps, sauf les mains, les pieds et la face, interrompue seulement par des traînées blanches cicatricielles : c'est la *mélanodermie phtiriasique* produite par une action spéciale du venin des poux, qui détermine la production du pigment.

On ne trouve sur le corps pas d'autre trace du parasite que ces lésions de grattage. C'est dans les plis et coutures des vêtements, et non sur le corps, et surtout dans ceux qui sont en contact direct avec la peau, qu'il faut le rechercher : chemise, pantalon, et en particulier vêtements de laine et de flanelle.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES ET CLINIQUES. — La phtiriase du corps est une maladie des

miséreux, des débilités et surtout des vieillards. Il est rare de la rencontrer dans la clientèle de ville. Les poux semblent avoir une préférence toute spéciale pour certaines peaux : il est des sujets que les soins de désinfection et d'antisepsie les plus minutieux n'arrivent à débarrasser que pour peu de temps, et qui s'infectent d'une façon presque continue.

Le parasite est un insecte d'un blanc jaunâtre, mesurant environ trois millimètres sur un. Il possède une puissance de prolifération considérable.

Le diagnostic de phtiriase du corps est parfois extrêmement difficile, si la maladie survient chez des gens propres et si les parasites sont peu abondants. L'erreur la plus souvent commise consiste à attribuer à un prurit sénile ou autotoxique les lésions de grattage occasionnées par les poux. Toute affection prurigineuse, chez le vieillard, doit faire penser à la phtiriase : ce n'est qu'après une recherche minutieuse du parasite dans les vêtements qu'on sera en droit d'éliminer ce diagnostic.

TRAITEMENT. — Pour détruire le parasite, il faudra évidemment désinfecter les vêtements, dans lesquels se tiennent habituellement les poux. Le seul procédé pratique, devenu vulgaire aujourd'hui, consiste à passer le tout à l'**étuve**. Il sera prudent de donner en même temps un **bain savonneux**, suivi d'une lotion antiseptique sur tout le corps, car quelques lentes peuvent s'égarer dans les régions velues.

Quant aux lésions de la peau, la mélanodermie disparaît spontanément et assez rapidement, avec le parasite, les autres lésions seront traitées par des enveloppements humides, des applications émollientes, des pommades antiseptiques, etc... et guériront très facilement.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Pour calmer les cris des enfants

Voulez-vous me permettre de faire connaître à vos lecteurs un nouveau procédé, usité ici dans le peuple, pour calmer les cris des enfants.

Ledit procédé ne manque pas de saveur, vous allez en juger.

Une maman m'envoie visiter une nourrice, dans le faubourg de Gambetta, afin de m'assurer de l'état de ses soins et son lait, etc.

C'est une vigoureuse fille du peuple, paresseuse et sale, de ce peuple si nombreux ici que l'Espagne nous choisit dans sa lie et dont elle s'écume chez nous ; gens que nous accueillons à bras ouverts, pour donner à leur descendance la naturalisation automatique et à l'Algérie les colons que la métropole en mal de malthusianisme ne lui peut fournir.

Excusez cette digression et revenons à la femme et à ses nourrissons.

Et bien, voici comment elle calme leurs cris : je l'ai vu de mes yeux et vous certifie que c'est en promenant légèrement un doigt agile mouillé de sa salive sur la vulve des fillettes et en prenant entre les lèvres le... des petits garçons.

Je n'en revenais pas, mais j'ai appris que cela se faisait assez couramment chez ces sortes de gens. Allez donc vous étonner qu'ici toute fillette qui se respecte ait son « novio ».

Comment en être surpris, puisque, dès le berceau, les mères les préparent à leur... baccalauréat, dirait Yvette.

(*Chronique méd.*) Dr NICOLAS (d'Oran).

Superstitions en Russie

D'après le professeur VINOGRADOFF, il est en Russie des superstitions d'une extrême tenacité, au point même que des hommes éclairés, ayant passé par l'Université, ne peuvent s'en dégager.

Dans le gouvernement de Kostroma, lorsqu'une personne est gravement malade, on l'enduit de miel. Si les mouches viennent se poser sur le miel, c'est signe de guérison. Si le miel devient noir, la personne est condamnée.

Des feuilles vertes placées dans les aisselles des malades indiquent la guérison ou la mort, selon qu'elles restent fraîches ou se flétrissent rapidement.

Si un chien consent à manger un morceau de lard avec lequel on a frotté un malade, c'est un signe certain d'amélioration.

A un mourant on fait manger des morceaux de choix et on le charge de compliments pour les amis défunts. On ouvre alors la porte pour donner accès à la Mort. Une cuvette pleine d'eau est placée avec une serviette sur la fenêtre, pour permettre à l'âme de prendre un bain. Des lumières sont placées devant toutes les icônes, pour empêcher le diable de s'emparer de l'âme. Le cadavre est habillé et muni de bottes feutrées.

Si une personne s'éveille d'une transe (mort apparente), on croit qu'elle est morte réellement et ne revient que pour causer la mort d'autres êtres vivants, et pour empêcher cela, il faut la battre grièvement avec des clefs d'église. Le professeur V. affirme qu'il connaît des cas où des personnes ont été tuées dans ces conditions en se réveillant d'une transe.

On peut planter sur une tombe des arbres ou des arbrisseaux, mais point de tremble, parce qu'on suppose que Judas Iscariote s'est pendu à un tremble. On ne doit pas non plus planter sur une tombe des arbres à feuilles aciculaires (sapins, pins, etc.)

Si, dans le nombre de ces superstitions, il y en a quelques-unes qui ont une origine magique oubliée, il en est d'autres qui semblent ne se justifier par rien.

(*La Lumière*, d'après *Progr. Thinker*, 13 janv.)

ALCOOLIA

L'imagination des spécialistes pour les jeux récréatifs et instructifs de l'enfance est sans limite. On aurait vu aux vitrines d'un grand magasin, sous la rubrique d' « Etrennes utiles » un jouet merveilleux, intitulé le *Petit Liquoriste*, copie exacte du comptoir de marchand de vin.

Ce comptoir, large de près d'un mètre, est garni de tous ses accessoires : brocs, seaux, percolateur, robinet, verres de toutes dimensions, etc., etc. Dans le fond, 12 bouteilles : absinthe, vermouth, marc, cognac, rhum, cassis, calvados, amer Picon, anisette, gomme, menthe, curaçao. Plus haut les liqueurs de marque.

Voilà ce qu'on appelle de l'enseignement maternel commencement de siècle !

Comme on demandait à la demoiselle préposée au rayon des jouets si ce jouet se vendait, elle répondit : « A merveille monsieur ; les petits garçons en sont fous ! Pendant que les jeunes demoiselles prépareront la dinette dans leur vaisselle, ces messieurs prennent l'apéritif au bar ! » Faites donc des sociétés de tempérance dont les efforts seront enrayés par les choses les plus simples en apparence qui, sous une forme gracieuse, font sourire malgré leurs effets désastreux.

(*Bulletin Général de Thérapeutique*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Chapotin, de Lorient ; Fredet, de Saint-Chamond ; Gouraud, médecin des hôpitaux de Paris ; Jaumes, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier ; Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin inspecteur de l'armée en retraite.

BIBLIOGRAPHIE

La Cure de Déchloruration dans le Mal de Bright et dans quelques maladies hydropigènes, par le Dr Fernand Widal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, et le Dr Adolphe Javal, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 96 pages, car., 1 fr. 50, Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Dans cette **Actualité médicale**, le Dr Widal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, expose les principes et les applications de la cure de déchloruration dont il a été le promoteur, il y a quelques années. Cette méthode diététique qui a pour base la restriction des chlorures alimentaires, a été rapidement mise à l'épreuve et est aujourd'hui une application courante.

En dehors du Mal de Bright, les régimes hypochlorurés ont trouvé leur application dans les cardiopathies, les ascites, les phlébites, les dermatites suintantes.

M. Widal expose d'une façon saisissante les résultats que l'on peut obtenir du régime déchloruré.

La pratique de la cure de déchloruration exige des notions préalables sur les besoins de l'organisme en sel, sur l'équilibre chloré et les rapports entre la chloruration et l'hydratation, sur l'imperméabilité rénale relative pour les chlorures, sur la nature des accidents relevant de la rétention chlorurée et sur les caractères qui les distinguent de ceux observés en cas de rétention azotée. M. Widal a donc commencé par étudier chacune de ces questions avec les développements qu'elle comporte.

Puis il passe à la pratique de la cure de déchloruration et termine son intéressante monographie par une étude détaillée de la composition des régimes déchlorurés.

La Bibliothèque du Doctorat en Médecine, Gilbert et Fournier, Libraire J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La somme des connaissances exigées aujourd'hui de l'étudiant en médecine pour l'obtention du titre de docteur est considérable. Aussi, de plus en plus, l'étudiant a-t-il besoin à côté des cours oraux et des travaux pratiques qu'il trouve à l'école, de leur auxiliaire indispensable, le livre. La nécessité, pour l'enseignement médical, de mettre au point, d'ordonner et de condenser les innombrables travaux de ces dernières années est la raison d'être du prodigieux essor de la librairie médicale actuelle. Il n'existait pas, cependant, une collection d'ouvrages correspondant exactement au programme imposé aux étudiants en médecine composant toutes les matières et rien que les matières du doctorat en médecine.

La collection de Précis dont la librairie J.-B. Baillière et fils entreprend la publication, sous l'habile direction du professeur Gilbert, sont en réalité des œuvres originales où ceux-là mêmes qui enseignent les diverses branches des sciences médicales aux étudiants de la Faculté de médecine de Paris, résument, pour le plus grand profit des étudiants, leur cours, fruit d'une expérience réfléchie. Ils sont conçus dans un esprit essentiellement utilitaire : pas d'historique ni de bibliographie, pas de théorie, beaucoup de pratique.

On ne saurait donc trop louer le docteur Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, et le docteur L. Fournier, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté, d'avoir entrepris de présenter à ceux qui se destinent à la profession médicale, une collection d'ouvrages qui fussent comme le développement naturel des programmes imposés par la Faculté.

La « Bibliothèque du Doctorat » comprendra trente volumes ; les étudiants en médecine y trouveront développées toutes les matières de leur programme. Grâce à l'autorité du directeur, cette Bibliothèque formera un tout « homogène » répondant à un plan mûrement réfléchi ; grâce au choix des collaborateurs, comprenant **quinze professeurs agrégés de la Faculté de médecine de Paris**, elle reflètera exactement l'enseignement actuel de la Faculté de médecine de Paris.

De leur côté, les éditeurs **MM. J.-B. Baillière** n'ont rien négligé pour que la « Bibliothèque du Doctorat » se présentât sous un aspect agréable, capable de satisfaire les bibliophiles les plus délicats, et pour qu'aucun reproche ne pût se justifier tant au point de vue de l'impression du texte imprimé en caractères neufs sur papier satin, que de la reproduction des figures reproduites par des procédés des plus perfectionnés. Enfin elle se présente sous un élégant cartonnage souple, rouge et blanc et au prix très modique de 8 à 12 francs le volume. Elle paraîtra très rapidement à raison d'un volume au moins par mois.

Le **Précis de médecine légale**, qui est en vente (Prix : 8 fr.) est dû à M. le docteur Balthazard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1 vol. petit in-8 de 408 pages avec 39 figures et 2 planches coloriées, cartonné).

Paraîtront en mars et avril, le **Précis d'histologie**, par le docteur Branca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et le **Précis de physique biologique**, par le docteur A. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

DU 13 MAI AU 9 JUIN 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	13	15
3 mois à un an	27	18
1 an à 2 ans	6	10
2 à 5 ans	4	2
5 à 20 ans	8	9
20 à 60 ans	57	52
60 ans et au-dessus	44	52
Total	159	158

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite moins de 1 an	Diarrhée et entérite de 1 à 2 ans	Diarrhée et entérite plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	3	»	1	3	4	1	3	1	»	»	»	»	»	3	23	25
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	7	»	»	1	»	1	1	2	1	3	3	»	»	1	»	1	20	41	37
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	6	1	»	1	»	1	»	2	»	6	3	1	»	»	2	»	10	33	45
Wazemmes, 36,782 hab.	1	»	»	»	»	10	3	1	5	»	1	1	3	5	3	10	»	»	2	1	»	17	63	79
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	2	»	»	2	»	1	1	1	»	»	»	2	»	9	21	37
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	4	»	1	5	»	»	2	9	3	4	»	»	»	1	»	»	18	47	38
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	5	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	1	»	»	4	13	20
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	4	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	12	20
Fives, 24,191 hab.	1	»	»	»	»	10	»	»	1	»	»	2	3	1	1	4	»	»	»	3	»	14	40	50
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	2	»	1	6	15
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	4	8	21
Total	2	»	»	»	»	53	6	3	20	»	4	11	23	12	23	27	1	»	5	10	»	106	307	387

N° 504. Dixième Année. N° 36 Le Numéro : 10 centimes 9 Septembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Enquête sur la situation sanitaire des ouvriers peintres en bâtiments de Lille

par le Dr **D. Verhaeghe.**

Il y a environ six mois, le *Secrétariat Ouvrier d'Hygiène* de Lille me donnait mission de faire, d'accord avec le Syndicat des Peintres, une enquête sur la situation sanitaire des ouvriers peintres en bâtiments à Lille.

La publication de cette enquête a été retardée, faute du temps nécessaire pour rapprocher, comparer et classer les résultats obtenus.

Toutefois, les faits ayant toujours leur valeur de faits, nous croyons encore utile de la faire aujourd'hui.

Cette enquête porte sur 131 ouvriers peintres, tous en *pleine activité de travail* et ouvriers syndiqués qui ont bien voulu se soumettre à l'enquête.

Etant donné cette façon de procéder, je dois d'abord faire deux remarques :

1° L'enquête n'a porté que sur des ouvriers travaillant, et par suite ne peut donner et ne donne aucun renseignement sur la longévité et les infirmités acquises des ouvriers peintres.

2° Ce sont surtout les militants du Syndicat, c'est-à-dire les ouvriers les plus intelligents, ceux qui ont compris la portée et l'utilité de cette enquête qui ont bien voulu répondre à notre appel. Ceux-là forment l'élite de leur corporation. Or, il est incontestable que cette partie de la classe ouvrière est celle qui a le plus de dignité de soi-même, qui s'alcoolise le moins, et qui observe le plus les principes élémentaires de la propreté et de l'hygiène. De ce point de vue, les résultats obtenus par l'enquête sont en dessous de la moyenne générale actuelle, et donnent plutôt l'idée de ce que serait l'influence professionnelle en dehors de toute autre influence, l'ouvrier peintre se trouvant mis dans les meilleures conditions d'hygiène.

L'examen des dossiers constitués sur ces 131 ouvriers m'a permis d'établir les quelques tableaux suivants :

TABLEAU I. — *Répartition des ouvriers enquêtés d'après leur âge et leur état de santé*

Age	Nomb. tot.	Etat de santé: Bonne	°/o du nombre d'ouvriers ayant le même âge	Médioc.	°/o	Mauvaise	°/o
moins de 20 ans	3	3	100	»	»	»	»
De 20 à 25 ans	11	7	63.63	4	36.37	»	»
De 25 à 30 ans	24	14	58.32	7	29.16	3	12 52
De 30 à 35 ans	21	8	38.09	8	38.09	5	23.82
De 35 à 40 ans	22	10	45.45	10	45.45	2	9.10
De 40 à 45 ans	15	7	46.68	4	26.66	4	26.66
De 45 à 50 ans	17	10	58.82	5	29.41	2	11.77
De 50 à 55 ans	8	1	12.50	6	75	1	12.50
De 55 a 60 ans	5	4	80	»	»	1	20
Plus de 60 ans	5	4	80	1	20	»	»
Total.....	131	68	51.90	45	34 35	18	13.75

TABLEAU II. — *Répartition des ouvriers d'après leur état de santé, leur âge, et leur état d'alcoolisation*

Age	Total	Alcoolisés	°/o du nombre d'ouvriers ayant le même âge	Bonne: Total	Alcoolisés	°/o des ouvriers ayant même âge et même état de santé	Médiocre: Total	Alcoolisés	°/o	Mauvaise: Total	Alcoolisés	°/o
moins de 20 ans..	3	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»
De 20 à 25 ans...	11	2	18.18	7	1	14.28	4	1	25	»	»	»
De 25 à 30 ans...	24	7	29.16	14	4	28.57	7	3	42.86	3	»	»
De 30 à 35 ans..	21	3	14.28	8	3	37.5	8	»	»	5	»	»
De 35 à 40 ans...	22	6	27.27	10	4	40	10	1	10	2	1	50
De 40 à 45 ans...	15	5	33.33	7	3	42.86	4	1	25	4	1	25
De 45 à 50 ans...	17	6	35 29	10	3	30	5	2	40	2	1	50
De 50 à 55 ans...	8	3	37.5	1	»	»	6	3	50	1	»	»
De 55 à 60 ans..	5	1	20	4	1	25	»	»	»	1	»	»
Plus de 60 ans...	5	3	60	4	3	75	1	»	»	»	»	»
Total......	131	36	27.48	68	22	32.35	45	11	24.44	18	3	16.66

TABLEAU III.— *Répartition des ouvriers enquêtés d'après la durée de travail et leur état de santé*

Durée du travail	Nombre total	Etat de santé: Bonne	°/o du nombre d'ouvriers ayant travaillé le même laps de temps	Médiocre	°/o	Mauvaise	°/o
Moins de 5 ans..	4	4	100	»	»	»	»
De 5 à 10 ans...	7	4	57 14	3	42.86	»	»
De 10 à 15 ans..	23	17	73.91	5	21.73	1	3 36
De 15 à 20 ans..	27	10	37.03	10	37.03	7	25 94
De 20 à 25 ans..	24	9	37.50	11	45.84	4	16.66
De 25 à 30 ans..	15	6	40	6	40	3	20
De 30 à 40 ans..	22	11	50	9	40.91	2	9.09
Plus de 40 ans..	9	7	77.77	1	11 11	1	11.11
Total.....	131	68	51.90	45	34.35	18	13.75

TABLEAU IV. — *Répartition des ouvriers enquêtés d'après la durée de leur travail, leur état de santé et leur état d'alcoolisation*

Durée du travail	Total	Alcoolisés	°/o du nombre d'ouvriers ayant travaillé la même durée	Bonne: Total	Alcoolisés	°/o des ouvriers ayant travaillé la même durée et ayant le même état de santé	Médiocre: Total	Alcoolisés	°/o	Mauvaise: Total	Alcoolisés	°/o
moins de 5 ans.	4	»	»	4	»	»	»	»	»	»	»	»
De 5 à 10 ans..	7	1	14.28	4	»	»	3	1	33 33	»	»	»
De 10 à 15 ans..	23	8	34.78	17	6	35.29	5	2	40	1	»	»
De 15 à 20 ans..	27	7	25.92	10	4	40	10	2	20	7	1	14 28
De 20 à 25 ans..	24	4	16.66	9	1	11.11	11	1	9.09	4	2	50
De 25 à 30 ans..	15	6	40	6	4	66.66	6	2	33.33	3	»	»
De 30 à 40 ans..	22	7	31.81	11	4	36.37	9	3	33.33	2	»	»
Plus de 40 ans .	9	3	33.33	7	3	42.85	1	»	»	1	»	»
Total....	131	36	27.48	68	22	32.35	45	11	24.44	18	3	16.66

TABLEAU V. — *Affections principales présentées par les 131 ouvriers peintres enquêtés*

Catégories d'affections	Nomb. d'ouv. présentant le genre d'affection ci-contre	°/o du nomb. total des ouvriers enquêtés	dont alcoolisés	°/o d'alcoolisés
Coliques saturnines...........	54	41.21	12	22.22
Troubles digestifs chroniques..	17	12.98	5	29.41
Douleurs articulaires et musculaires chroniques qualifiées rhumatisme...............	10	7.63	2	20
Bronchite chronique..........	9	6.87	4	44.44
Troubles oculaires...........	6	4.58	2	33.33
Troubles nerveux.............	6	4.58	1	16.66
Maladies de la peau.	2	1.53	»	»

Ces tableaux montrent que plus de la moitié des peintres en activité de travail ont un état de santé insuffisant.

Si l'on compare (Tableau I) le pourcentage du nombre d'ouvriers ayant une bonne santé, par catégories d'âge, on est frappé de ce fait qu'il existe dans la vie des peintres une période (environ entre 30 et 45 ans) où le pourcentage des ouvriers ayant une bonne santé est minimum (38 à 46 0/0), tandis que ce pourcentage va en augmentant quand on examine des catégories d'ouvriers de moins en moins âgés et des catégories d'ouvriers de plus en plus âgés. Le nombre des peintres dont la santé s'ébranle va donc en augmentant au fur et à mesure que l'on approche de cet âge. A ce moment (vers 45 ans), doit commencer une élimination progressive des moins bien portants (soit par invalidité, soit par mort). Cette élimination est de plus en plus forte à mesure que les ouvriers avancent en âge, de telle sorte que chez les vieux ouvriers peintres travaillant, la proportion des bien portants redevient à peu près ce qu'elle est chez les jeunes ouvriers (80 0/0).

La même remarque ressort de l'examen du tableau III. C'est parmi les ouvriers ayant exercé la profession de peintre pendant 15 à 25 ans (ce qui corrrespond à peu près à un âge de 30 à 40 ans) que l'on rencontre la proportion la plus faible d'ouvriers bien portants (environ 37 0/0). A une durée moins longue d'exercice de la profession correspond une plus forte proportion d'ouvriers bien portants (ceci n'a rien d'extraordinaire). Mais au delà de cette durée de 15 à 25 ans d'exercice professionnel, plus cette durée augmente, plus augmente également la proportion des peintres bien portants. Ceci prouve simplement que c'est environ à partir de la 25me année d'exercice de la profession de peintre que commence l'élimination des moins bien portants, et que seuls les plus solides, ceux à santé robuste, peuvent continuer leur profession.

De ces deux tableaux I et III, on peut donc déduire que dans plus de la moitié des cas (environ 60 0/0) les ouvriers peintres sont usés vers 45 ans, après 25 à 30 années de travail dans cette profession.

Et nous ne devons pas oublier que nous avons affaire ici, comme je l'ai dit plus haut, à une catégorie d'ouvriers d'élite qui, en général, savent prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder autant que possible leur santé. C'est ainsi que dans une corporation que *l'on dit* être alcoolisée, je n'ai trouvé parmi nos ouvriers enquêtés que 27.48 0/0 d'ouvriers alcoolisés, et quand je dis alcoolisés, je veux dire d'ouvriers ayant avoué avoir ou avoir eu plus ou moins des habitudes d'alcoolisation.

On a même voulu mettre sur le compte de l'alcoolisation les accidents et les affections professionnelles constatées chez les peintres, affections attribuées généralement à l'intoxication par la céruse. On a même été jusqu'à dire que le saturnisme n'était qu'une section de l'alcoolisme

Or, l'examen des tableaux II et IV permet de constater que la proportion des alcoolisés parmi les ouvriers peintres ayant une bonne santé est de 32.35 0/0, qu'elle est de 24.44 0/0 parmi les ouvriers peintres ayant une santé médiocre, et de 16 66 0/0 parmi les ouvriers peintres ayant une mauvaise santé.

Je ne veux pas dire par là que l'alcoolisation est une garantie de bonne santé chez les peintres en bâtiment. Bien au contraire. L'alcoolisation vient aggraver la situation sanitaire des peintres déjà intoxiqués par la céruse. Et, si nous trouvons une proportion moindre d'alcoolisés chez les peintres ayant une santé médiocre que chez ceux ayant une bonne santé, moindre chez les peintres ayant une santé mauvaise que chez ceux ayant une santé médiocre, cela tient seulement à ce que les saturnins qui s'alcoolisent sont éliminés plus vite (soit par la mort, soit par l'invalidité) que ceux qui ne s'alcoolisent pas. C'est ainsi que le tableau II montre la proportion d'alcoolisés parmi les peintres travaillant ayant bonne santé augmenter avec l'âge jusque vers 40 à 45 ans. Au delà de cet âge, la proportion d'alcoolisés diminue par suite de l'élimination qui se produit et que nous avons déjà constatée plus haut vers cet âge.

Mais la proportion relativement faible des alcoolisés parmi les peintres ayant une santé médiocre ou mauvaise indique que l'alcoolisation n'est pas la cause fondamentale de cet état de santé. L'intoxication par l'alcool vient s'ajouter à l'intoxication primordiale et professionnelle par le plomb et aggraver considérablement le pronostic de cette intoxication.

Le tableau V donne les affections principales à allure récidivante ou chronique qu'ont présentées les ouvriers enquêtés pendant le cours de leur vie professionnelle. Il indique également le pourcentage des alcoolisés parmi les ouvriers atteints de ces affections.

Tous ces ouvriers, je l'ai dit, continuaient à exercer leur profession, c'est ce qui explique que je n'ai pas eu à noter d'infirmités. Je dois dire toutefois que, au cours de cette enquête, j'ai été appelé à rencontrer deux cas d'ouvriers peintres présentant de la paralysie des extenseurs ; l'un avait 47 et l'autre 56 ans ; aucun d'eux n'était alcoolique ; deux cas de peintres atteints d'atrophie des nerfs optiques, l'un âgé de 34 ans, non alcoolisé, l'autre âgé de 61 ans, alcoolisé, et un cas de glaucome chronique chez un peintre de 54 ans non alcoolisé.

***

LA DESCENDANCE DES PEINTRES

Sur les 131 ouvriers peintres enquêtés, 90 seulement m'ont donné des renseignements suffisamment circonstanciés sur leur famille.

Ces 90 ouvriers ont eu ensemble 467 enfants dont 107 sont venus mort-nés et 93 sont décédés en dessous de 2 ans.

La mortinatalité surtout est considérable Elle représente en effet 22.91 0/0 des naissances. Or, le *Bulletin*

de l'office sanitaire de Lille pour l'année 1902 donne, pour toute la ville, une proportion de mortinatalité égale à 8.2 0/0 des naissances.

La proportion de mortalité infantile, pour les enfants de moins de deux ans, est de 25.83 0/0 du nombre d'enfants nés vivants.

Le genre de travail auquel se livre la mère exerçant une influence considérable (par suite du mode d'alimentation auquel sont soumis les nouveau-nés) sur la mortalité infantile, j'ai fait porter mes recherches également de ce côté, ce qui m'a permis d'établir le tableau VI.

TABLEAU VI. — *Mortalité infantile pour 90 familles ouvrières enquêtées suivant le travail de la mère*

Genre de travail de la mère	Nombre total des naissances	Pert. et mort-nés	°/°	Venus vivants à terme	De ceux-ci, décédés en dessous de deux ans	°/°
Ménagère..........	415	95	22.89	320	82	25.62
Travail. à domicile	5	1	20	4	1	25
Journalière........	24	4.	16.66	20	3	15
Travaill. en atelier	23	7	30.43	16	7	43.75
Total	467	107		360	93	

Parmi ces 90 ouvriers, 5, avant d'être peintres, avaient déjà eu des enfants. Il était intéressant de comparer la mortalité infantile avant qu'ils n'exercent le métier de peintre et pendant qu'ils exercent cette profession. Cette comparaison m'a donné les chiffres suivants :

	Avant d'être peintres	Depuis qu'ils sont peintres
Nombre total des naissances.	15	38
Mort-nés	1	8
°/° des naissances.........	6.66	21.05
Nés vivants................	14	30
Mortalité de 0 à 2 ans......	2	6
°/° des nés vivants..	14.28	20

La différence est surtout frappante en ce qui concerne les mort-nés.

La mortalité infantile de 0 à 2 ans ne paraît pas supérieure à la mortalité infantile de la classe ouvrière en général. Elle parait même plutôt inférieure. Dans une enquête faite sur la mortalité infantile dans la classe ouvrière en général (laquelle n'a pas encore été publiée), nous avons en effet trouvé une mortalité infantile de 0 à 2 ans égale à 35.42 0/0 des enfants nés vivants. Ceci tient à ce que, dans la profession des peintres, la mère est le plus souvent ménagère et soigne elle-même ses enfants : dans 320 cas sur 360, c'est-à-dire dans 88,80 0/0 de cas.

Si maintenant l'on étudie les causes de cette mortalité infantile chez les peintres, nous trouvons :

Athrepsie et gastro-entérite .	38, soit	10 55	°/°	des enfants nés vivants
Méningite et convulsions ...	28, soit	7.77	»	»
Maladies infectieuses.	10, soit	2.77	»	»
Broncho-pneumonie.........	3, soit	0.83	»	»
Divers	14, soit	3 91	»	»

Ces proportions se rapprochent étrangement de celles que m'a données l'enquête ci-dessus mentionnée en ce qui concerne la mortalité de 0 à 2 ans chez les enfants nés de mère ménagère (sans tenir compte de la profession du père). Ces proportions étaient les suivantes :

Mère ménagère : 143 décès pour 563 nés vivants.

Athrepsie et gastro-entérite .	57, soit	10.12	°/°	des enfants nés vivants
Méningite et convulsions	40, soit	7.10	»	»
Maladies infectieuses... ...	19, soit	3.37	»	»
Broncho-pneumonie........	8, soit	1.42	»	»
Divers....................	19, soit	3.37	»	»

Quant à l'état actuel de santé des enfants vivants, j'ai obtenu les renseignements suivants :

Morts âgés de plus de 2 ans..........	5
Atteints d'affections à allure chronique (entérite, bronchite, rhumatisme, etc.)...	11
Chétifs............	25
Santé assez bonne.................. ...	66
Santé bonne...............	160
	267

CONCLUSIONS

1° Etant donné le milieu dans lequel a porté cette enquête, les résultats obtenus peuvent être considérés comme représentant l'influence du métier, c'est-à-dire de l'intoxication professionnelle par la céruse, sur l'état sanitaire des ouvriers peintres, lorsque ceux-ci se trouvent placés dans les meilleures conditions d'hygiène compatibles avec l'état actuel des choses.

2° Ces résultats ne sont évidemment qu'approximatifs et relatifs. Il serait utile de poursuivre cette enquête sur une plus large échelle.

3° Les altérations de la santé générale se manifestent principalement dans la période de 30 à 45 ans d'âge, après environ 15 à 25 ans d'activité professionnelle. A ce moment près de 60 0/0 des ouvriers peintres (de 53 à 62 0/0) se trouvent dans un état de santé insuffisant Et bientôt ces éléments disparaissent de la vie professionnelle, soit par changement de métier, soit par morbidité, soit par mort. *On peut dire que pour 60 0/0 environ des peintres, l'invalidité arrive*

vers l'âge de 45 ans, et que la durée de la vie professionnelle active est d'environ 30 ans, cette vie commençant vers l'âge de 15 ans *(Tabl. I et III).*

4° *Le saturnisme des peintres n'est pas une section de l'alcoolisme. Mais l'alcoolisation vient aggraver considérablement le pronostic de l'intoxication par le plomb (Tabl. II, IV et V).*

5° *La profession de peintre ne paraît pas avoir d'influence sur le taux de la mortalité infantile de 0 à 2 ans,* abstraction faite des mort-nés. Ici aussi, le taux de cette mortalité infantile paraît surtout être fonction du genre de travail de la mère et, par suite, du mode d'alimentation des enfants.

6° *Mais cette profession paraît avoir une influence considérable sur la mortinalité.* La proportion des mort-nés pour l'ensemble des naissances est de *22,91 0/0,* alors que, pour l'ensemble de la ville de Lille, le Bulletin de l'Office sanitaire accuse une proportion de 8,2 0/0 en 1902, proportion que ce Bulletin déclare même un peu supérieure à ce qu'elle est d'habitude.

Accouchement forcé chez une éclamptique à l'agonie

par M. le docteur Paucot, chef de clinique obstétricale

Le 28 juillet 1906, je suis appelé d'urgence à l'hôpital; j'y trouve une femme dans le coma; la respiration est bruyante, stertoreuse, rapide ; le pouls radial n'est pas perceptible, les bruits du cœur le sont à peine; la résolution musculaire est complète, les pupilles en myosis ne réagissent plus à la lumière ; les extrémités des membres sont froides; il n'y a pas d'œdème des jambes.

Pendant que je l'examine, l'interne me communique les vagues renseignements suivants qu'il a pu recueillir. La femme N. de B., fileuse, est âgée de 37 ans, elle a été amenée dans le service à 9 heures, venant de l'aile droite de l'hôpital de la Charité ; elle y est entrée l'après-midi de ce même jour et, peu après son admission, a eu une crise convulsive ; on a pratiqué une saignée ; à cette crise a succédé le coma, mais il ignore depuis combien de temps elle est dans cet état.

L'examen de l'abdomen révèle l'existence d'une grossesse que, d'après le volume de l'utérus, j'estime de 7 mois 1/2 environ. La palpation permet de sentir un fœtus petit, en présentation du sommet non engagé, position droite

L'auscultation ne me révèle aucun bruit fœtal, ni aucun bruit de souffle utérin. Mais l'interne croit pouvoir affirmer qu'à son entrée, c'est-à-dire il y a une demi-heure, il a perçu de faibles battements du cœur fœtal.

Au toucher, je trouve un col non effacé, ayant toute sa longueur et dont l'orifice externe est à peine perméable à l'index.

La femme est mise en position obstétricale ; on la sonde et on recueille l'urine.

J'introduis l'index droit dans le col, l'orifice interne est fermé, mais il cède facilement ; rapidement, je puis introduire deux doigts, puis trois, enfin la main en cône ; le col se laisse dilater sans opposer une résistance appréciable, je puis dire que le tissu utérin semble fondre sous la pression excentrique des doigts. La dilatation étant suffisante, j'introduis la main et j'extrais, sans difficulté, par version podalique un fœtus du sexe féminin cyanosé en état de mort apparente. La dilatation du col et l'extraction du fœtus ont duré 5 minutes.

Le cordon ne présente plus de battements, il est sectionné et l'enfant confié à l'interne.

Je pratique la délivrance artificielle sans qu'il s'écoule une goutte de sang ; l'utérus vide de son contenu ne se rétracte pas. La femme n'a nullement réagi pendant tout le temps de l'intervention.

Cependant l'interne s'efforce en vain de ranimer l'enfant ; quand je l'ausculte au bout de quelques instants le cœur ne bat pas, il ne s'est pas produit de spasme respiratoire et les téguments pâlissent peu à peu.

L'enfant ne put être ramené à la vie, il pesait 1.800 gr. et le placenta 210 gr.

L'urine examinée présentait très nettement la réaction de l'albumine — le dosage fait avec l'albuminimètre d'Esbach nous donne la quantité forcément approximative de 14 gr. d'albumine par litre.

L'évacuation de l'utérus n'améliora guère l'état de la mère ; son pouls radial redevint légèrement perceptible pendant quelques minutes; néanmoins, les soins qui lui furent donnés ne firent que prolonger la période agonique, la malade mourut dans le coma à minuit.

Evidemment ce n'est pas l'excellence des résultats obtenus qui m'incite à publier cette observation, mais l'occasion qu'elle me procure de fixer deux points intéressants de pratique obstétricale.

1° La conduite à tenir en présence d'un accès d'éclampsie se produisant chez une femme enceinte près du terme.

2° Le choix de l'intervention chez une femme enceinte d'un fœtus viable, à l'agonie ou morte depuis peu.

Dans le cas dont je rapporte l'observation cette seconde question se posait seule : il a été possible de vérifier que la femme était une éclamptique mais c'était avant tout une agonique ; on pouvait estimer que quelle que fut la cause de cette agonie son état était désespéré. Or, il existait in utero un fœtus viable, les battements cardiaques n'étaient plus perceptibles

sans doute, mais ils avaient été entendus une demi-heure auparavant, on était donc en droit de supposer qu'il n'était pas encore trop tard et qu'en se hâtant on pouvait sauver une vie. En semblable circonstance, l'heureuse issue du résultat est une question de minutes et certains auteurs n'ont pas hésité pour aller vite à pratiquer l'opération césarienne.

Il est probable qu'en présence d'une femme vivante encore, bien qu'agonisante, nombre de praticiens hésiteraient à prendre cette détermination, mais les moins timorés ne tergiverseraient point s'ils se trouvaient en présence d'une femme qui vient de succomber. Mais peut-on s'assurer pendant quelques minutes qu'une femme est réellement morte et d'autre part est-ce gagner du temps que de pratiquer la césarienne ? Je crois qu'à ces deux questions on peut répondre non, sans hésiter. Je n'insisterai pas sur la première : il est impossible d'acquérir la certitude absolue de la mort dans les quelques heures qui suivent ce qu'on est convenu d'appeler le dernier soupir.

En ce qui concerne la seconde question, il semble bien, à priori que l'extraction d'un fœtus par une incision abdominale doive être plus rapide que par les voies naturelles; mais étant donné que l'on ne peut considérer la mort comme certaine, on ne peut s'autoriser à pratiquer pareille intervention, qu'après avoir pris toutes les précautions que nécessite la même opération *in vivo*, ce n'est rien exagérer que d'évaluer à dix minutes le temps nécessaire pour aseptiser le champ opératoire et préparer les instruments et cela, en admettant que le fait se passe dans une clinique où l'on a tout à portée de la main. Si l'événement se produit en ville, je vous laisse juge du temps qui s'écoulera forcément avant l'intervention et vous risquerez fort d'intervenir trop tard. Au contraire point n'est besoin d'instrumentation ni de longs préparatifs pour extraire l'enfant par les voies naturelles et il est bon de savoir que rien n'est plus aisé, car le muscle utérin chez la femme agonique ou morte n'offre pas de résistance et le col se laisse facilement pénétrer et dilater. On peut donc procéder rapidement à la dilatation manuelle et terminer l'accouchement soit par une application de forceps soit par une version podalique si le forceps vous fait défaut ou si le fœtus est petit.

Dans notre cas, bien que le col ne fût nullement effacé, il n'a pas fallu plus de cinq minutes pour extraire le fœtus, et les auteurs qui ont pratiqué semblable intervention n'ont jamais mis plus de dix minutes pour la mener à bonne fin.

Il n'est donc pas paradoxal de déclarer que l'extraction du fœtus par les voies naturelles est plus rapide que par l'opération césarienne. Ce faisant, vous aurez évité à la mère une mutilation qui peut être grave si la femme n'est pas réellement morte et à vous-même l'angoisse de voir la morte se réveiller sous votre bistouri ; et ne croyez pas que semblable fait soit impossible, il s'est produit et je ne puis mieux faire, pour vous en convaincre, que de vous renvoyer à un très intéressant article du docteur P. Colle, paru dans l'*Echo Médical du Nord* du 2 Juillet 1899. M. Colle eut le bonheur de sauver par la césarienne le fœtus d'une femme qui venait de mourir subitement ; néanmoins il conclut qu'en semblable occurrence il aurait désormais recours à l'accouchement forcé.

M. le professeur Oui, dans la discussion à laquelle donna lieu cette observation, appuie les conclusions de M. Colle. Voilà donc une question résolue : à moins que certaines conditions, telles qu'une viciation pelvienne, un cancer du col, rendent l'accouchement forcé par les voies naturelles difficile, c'est à lui qu'il faut avoir recours de préférence, lorsqu'on est appelé auprès d'une femme morte ou agonisante.

J'ai dit que la mère était à l'agonie quand je la vis et que l'intervention s'imposait. Mais s'il m'avait été donné de voir la malade quelques heures plus tôt, la question se serait posée de savoir s'il était opportun d'intervenir et d'extraire rapidement l'enfant, bien qu'il n'y eut aucun début de travail, ou au contraire s'il était plutôt indiqué de s'en tenir au traitement médical, ainsi qu'il fut fait.

Dans un article paru dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie* de 1899, le docteur Fieux, de Bordeaux, après avoir examiné les résultats respectifs que donnent l'une et l'autre méthode, conclut en faveur de l'accouchement provoqué *accéléré*.

Evidemment il n'est pas question des cas très fréquents dans lesquels l'accès éclamptique est suivi d'une dilatation rapide du col et d'une prompte expulsion du fœtus, mais des cas plus rares où l'accès éclamptique n'est accompagné d'aucun phénomène de travail comme dans cette observation ou encore lorsque le travail traîne en longueur.

Tous les auteurs sont d'accord actuellement pour reconnaître que la déplétion utérine est très favorable à la femme éclamptique, mais quelques-uns répugnent

aux moyens rapides à employer pour obtenir ce résultat, ils les considèrent comme dangereux et susceptibles d'augmenter l'intensité des accès convulsifs.

M. Fieux estime que ce danger n'existe pas ou du moins n'existe plus, grâce à l'anesthésie qui supprime la douleur et l'excitation qui en résulte. En conséquence, si la malade n'est que dans un demi coma, il lui administre du chloroforme et pratique l'accouchement forcé. Si la femme est dans le coma complet, son état ne saurait être pire et, je crois, qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer la seule intervention dont elle puisse tirer bénéfice : c'est-à-dire vider l'utérus. L'anesthésie est alors évidemment inutile.

Les partisans de la temporisation invoquent pour défendre leur opinion, la possibilité de voir une grossesse évoluer et arriver à terme après des accès éclamptiques. M. Fieux examine tous les cas de ce genre et arrive à cette constatation que la grossesse ne se prolonge d'une façon utile pour l'enfant, c'est-à-dire assez longtemps après l'accès, qu'une fois sur douze à peine. Puis il examine les chiffres évaluant la mortalité fœtale chez les éclamptiques, et il constate ce qui est plus édifiant encore, que lorsque l'accouchement ne suit pas immédiatement l'accès éclamptique, on trouve 80 0/0 de mortalité infantile et au contraire une survie fœtale de 80 p. 100, lorsqu'on pratique l'accouchement accéléré.

Les conclusions du travail du docteur Fieux sont très nettes : sans négliger le traitement médical, il est sage toutes les fois qu'une femme à terme ou près du terme est sous le coup d'une attaque d'éclampsie, de provoquer l'accouchement rapide, si le travail ne se déclare pas aussitôt et toujours d'accélérer ce dernier à quelque phase qu'on le trouve. Le cas précité est un argument de plus en faveur de cette opinion, car il faut reconnaître qu'une fois de plus le traitement médical simple n'a pas donné de résultats encourageants et que cette observation n'incite pas à l'expectative. En effet, si on a eu recours à l'accouchement accéléré, ce fut tardivement, dans des conditions déplorables, alors que la mère était déjà depuis un certain temps à l'agonie et que l'on n'entendait plus de bruits fœtaux. Or, pour sauver l'enfant dans semblable cas il faut faire diligence, car le fœtus a d'autant plus de chances de succomber que l'agonie de la mère est plus lente et qu'il participe plus longtemps à l'intoxication maternelle. L'on est en droit de supposer, étant donné l'état du fœtus au moment de son extraction, qu'une intervention plus hâtive aurait permis d'obtenir un enfant vivant. On objectera que la femme était assez loin du terme et qu'en somme les chances de survie d'un fœtus de 7 mois 1/2 sont relativement faibles ; c'est incontestable, néanmoins il n'est nullement paradoxal d'élever un fœtus de 1.800 grammes et le docteur Fieux cite une observation dans laquelle le fœtus obtenu par l'accouchement accéléré, pesait à sa naissance 1.550 grammes et au bout de seize jours 1.720 grammes.

Le légitime désir de vider l'utérus rapidement a amené certains auteurs allemands à pratiquer des interventions sanglantes. Dührssen fait des incisions du col et Halbertsma a eu recours à l'opération césarienne. M Fieux considère à juste titre que de telles interventions sont susceptibles d'aggraver l'état de la mère et n'en est pas partisan. Personnellement il a recours à l'accouchement par les voies naturelles sans mutilations des organes maternels ; il procède rapidement, sous anesthésie, à la dilatation manuelle du col, suivie soit de la version podalique, soit d'une application de forceps.

Il estime que cette dilatation est toujours possible en un temps relativement court ; dans l'une de ses observations, bien que le col ne fût pas effacé, l'accouchement fut terminé en 35 minutes.

En résumé, en présence d'une éclamptique près du terme, si le travail n'avance pas rapidement de lui-même, il est bon de pratiquer ce que M. Fieux appelle *l'accouchement brusque sans violences par dilatation manuelle progressive.*

Sans doute en agissant ainsi on ne sauvera pas toujours l'enfant, mais on augmentera ses chances de survie ; d'autre part cette pratique est sans danger pour la mère, je dirai plus, ne peut lui être que favorable. Aussi, je ne vois pas pourquoi on hésiterait à l'employer.

Diplégie. Hématome bilatéral de la dure-mère. Atrophie secondaire du cerveau. Sclérose atrophique des circonvolutions.

Par MM. **Raviart** médecin adjoint, et le docteur **Lorthiois**, interne de l'asile des aliénés d'Armentières.

Observation. — D.... 58 ans, tisserand, entre le 20 juin 1905 à l'asile d'aliénés d'Armentières, et le certificat d'admission porte qu'il est atteint de ramollissement cérébral, gâtisme, que son état physique est mauvais, qu'il présente une escarre sacrée.

Il a eu une atteinte apoplectique en octobre 1904 suivie de troubles paralytiques, hémiplégie droite. Il s'améliora peu à peu et put sortir de chez lui ; mais il présenta de

nouvelles atteintes en novembre et en décembre après lesquelles il resta alors 7 à 8 jours sans pouvoir parler ni marcher. Notons qu'après chaque atteinte il présentait une série d'attaques épileptiformes.

A l'entrée, interrogatoire impossible : le malade, dans un véritable état de torpeur, ne pousse que des gémissements et bredouille d'une façon inintelligible. Il ne peut tenir debout, aussi est-on obligé de l'aliter.

Il présente une hémiplégie droite avec contracture et une hémiparésie gauche. Le réflexe rotulien est exagéré des deux côtés. Pas de réflexe plantaire. La sensibilité est obtuse, gâtisme, escarre sacrée.

Les pupilles sont inégales (la gauche étant la plus grande) ; elles ne réagissent ni à la lumière, ni à l'accommodation. Artério sclérose radiale.

Le malade s'affaiblit de jour en jour, le plus souvent assoupi, pleurnichant par moments.

Le 21 août il présente de nombreuses attaques épileptiformes avec mouvements localisés à la face, surtout du côté droit. Pendant l'attaque on note le signe de Babinski.

Le malade meurt le 23 août, à 7 heures du matin, au cours d'une attaque épileptiforme.

L'autopsie permit de constater les lésions suivantes :

Calotte crânienne épaisse. Dépressions méningiennes insignifiantes. Dure mère distendue des deux côtés, fluctuante. L'incision de la méningite permet l'écoulement d'un liquide sanguinolent abondant, et montre, recouvrant toute la convexité, de nombreux caillots non organisés, formant une masse friable revêtant le cortex et paraissant se continuer latéralement jusqu'au niveau de la base du crâne. Les caillots sanguins sont compris, à droite et à gauche, entre des néo membranes dont l'une tapisse la face interne de la dure-mère, et dont l'autre est appliquée sur l'arachnoïde.

Après l'enlèvement de l'encéphale on constate que l'hématome intéresse non seulement la partie latérale de la dure-mère, mais encore empiète de quelques centimètres au niveau des étages antérieur et moyen sur la région de la base du crâne. La région en rapport avec les lobes occipitaux et intéressée dans sa totalité.

Les vaisseaux de la base sont athéromateux. La pie-mère est opalescente ; en de nombreux points elle est le siège d'œdème ; sa décortication est facile.

Le cerveau pèse 930 grammes, y compris la plus grande partie de la dure-mère et quelques caillots restés adhérents. Ce poids minime trouve son explication dans une atrophie très marquée des lobes frontaux et pariétaux qui ont manifestement subi la compression exercée par l'hématome. Au lieu d'être convexe la surface de ces lobes dessine au contraire une concavité qui se superpose à la convexité de l'hématome. Les circonvolutions, par suite de la compression exercée sur elles, sont déformées : certaines d'entre elles, comprimées en quelque sorte par leurs voisines, présentent un aplatissement tel que leur épaisseur n'atteint plus que deux à trois millimètres. En outre une autre lésion apparaît qui est celle de la sclérose atrophique : nous la rencontrons particulièrement accusée sur toute la longueur des deuxièmes circonvolutions frontales droite et gauche et des parties moyennes des frontales ascendantes, régions qui correspondent justement aux points où l'hématome présentait sa plus grande épaisseur. Les circonvolutions y sont petites, à surface chagrinée, en retrait çà et là par rapport à leurs voisines.

La section transversale permet de constater qu'il n'existe point de lésions de portions centrales des hémisphères et que notamment il n'existe pas d'atrophie du corps calleux.

L'installation brusque de paralysie locale, la répétition des ictus, la coexistence des phénomènes d'irritation corticale, la torpeur et l'affaiblissement des facultés intellectuelles : ce sont bien là des signes que l'on est accoutumé de rencontrer chez les sujets atteints d'hématome de la dure-mère. Un peu plus rare est l'existence de la diplégie constatée chez notre sujet. On a pu voir que la paralysie du côté droit était beaucoup plus accentuée que celle du côté opposé ; cette inégalité dans l'intensité des phénomènes paralytiques est la règle également. L'intensité des lésions constatées à l'autopsie permet de s'expliquer la gravité des symptômes observées, et la bilatéralité de l'hématome concorde bien avec les phénomènes diplégiques signalés plus haut ; mais, l'intérêt de cette présentation réside surtout dans ce fait que l'on peut saisir ici le mécanisme pathogénique d'une des formes anatomo-pathologiques de l'atrophie cérébrale avec microgyrie.

L'un de nous a montré l'an dernier (1), au cours d'une étude sur les formes anatomo-pathologiques de l'idiotie, un cerveau présentant des lésions analogues, mais beaucoup plus accentuées. Il s'agissait du reste d'altérations remontant à de nombreuses années, aussi l'épanchement avait-il subi la transformation kystique avec infiltration calcaire de ses parois, et les circonvolutions étaient-elles plus atrophiées encore. L'ancienneté de la lésion avait permis l'atrophie du corps calleux.

Ici les lésions ne remontent pas à un an, aussi s'explique-t-on que les altérations secondaires soient beaucoup moins marquées.

La cœxistence d'un athérome très accusé des artères du cerveau suffit à nous éclairer sur la pathogénie des lésions observées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 Juillet 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Ankylose vicieuse et atrophie consécutives à une résection du genou — Ostéotomie

M. Leroy, au nom de **M. Drucbert** et au sien, présente un malade de 16 ans qui a subi en décembre dernier une ostéotomie pour une ankylose vicieuse consécutive à une résection du genou datant du jeune âge.

Dès onze mois, ce malade, Victor S...., avait eu une tumeur blanche au genou gauche. Six mois après le début des accidents sa mère consulta un chirurgien. Celui-ci constata que la jambe était fléchie à angle droit, que l'extension ne pouvait aller au delà de 135° et que la pression au niveau du condyle interne était douloureuse. La jambe fut redressée sous chloroforme et placée dans un appareil

(1) Vingt et un cas d'idiotie avec autopsie. Chardon Raviart. Echo médical du Nord 1905, p. 590.

plâtré qu'on enleva au bout d'un mois. A ce moment le genou était tuméfié et présentait quelques fongosités. On pratiqua alors une résection, à ce moment l'enfant était âgé de dix-huit mois.

Quand le malade se présenta en Décembre 1905 à la Clinique Chirurgicale de la Charité, on constata que tout le membre inférieur gauche était considérablement atrophié. L'extrémité inférieure du fémur formait une saillie arrondie dépassant de 2 centimètres ½ environ l'extrémité supérieure du tibia à laquelle elle était fixée très solidement et perpendiculairement. La cuisse formait ainsi avec la jambe un angle droit dont il n'était pas possible de modifier l'ouverture. Un peu au dessus de l'extrémité fémorale saillante et arrondie, on voyait une cicatrice en U, trace de l'opération antérieure et à la partie antéro-inférieure de la cuisse des cicatrices longitudinales, traces d'abcès et de fistules.

La tuberculose locale était guérie depuis longtemps. Le genou n'était ni tuméfié ni douloureux. Le membre inférieur gauche, mesuré de l'épine iliaque antéro-supérieure au talon, présentait un raccourcissement de 14 centimètres.

En raison de ce raccourcissement et de la fixité de la déviation angulaire, le malade ne pouvait marcher qu'à l'aide d'une béquille.

Sur ses instances on pratiqua, le 23 décembre 1905, une ostéotomie cunéiforme au niveau de l'angle d'ankylose. Les extrémités osseuses furent fixées au fil d'argent. Un appareil plâtré, renouvelé chaque mois, maintient le membre dans la rectitude jusqu'à consolidation parfaite.

Actuellement la direction de la jambe sur la cuisse est tout à fait correcte. Un appareil, qui a surtout pour but de remédier au raccourcissement, permet au malade de marcher aisément. — Quel bénéfice a donc retiré notre malade de la résection du genou qu'il a subie autrefois? A ce propos deux points sont à considérer : d'une part la guérison de la tuberculose locale ; d'autre part le résultat fonctionnel obtenu.

La tuberculose locale a guéri, non sans mal d'ailleurs, puisque l'opération fut suivie d'abcès multiples. Mais qui nous dit qu'elle n'eût point guéri de même sans opération ou à l'aide d'une intervention plus économique. Quant au résultat fonctionnel il a été détestable. Ceci confirme les réflexions émises à la dernière séance par MM. Gaudier et Le Fort à propos de la valeur de la résection du genou chez les tout jeunes enfants. Sans doute la déformation peut n'être pas imputable à l'opération ni aux soins consécutifs, mais la résection du genou dans les premières années de la vie entraîne toujours un raccourcissement et une atrophie plus ou moins marquée.

Elle ne saurait donc être conseillée qu'après l'échec des autres moyens thérapeutiques ou dans des cas d'exceptionnelle gravité.

Ce n'est cependant pas l'avis de tous. On a le droit de s'en étonner.

Présentation d'un malade atteint de tumeur actinomycosique.

M. **Arquembourg** présente, au nom de M. J. Colle et au sien, un malade atteint d'actinomycose cervico-faciale.

D..., âgé de soixante-quatre ans, a toujours été bien portant à part une fièvre typhoïde à l'âge de 45 ans. Il dit n'avoir eu ni blennorrhagie ni syphilis. Marié à 27 ans il a eu 10 enfants qui sont tous vivants actuellement ; sa femme a fait trois avortements entre les autres grossesses.

Il a toujours exercé le métier de cantonnier, il n'a jamais été cultivateur ni travaillé dans les champs ni dans une ferme.

En novembre 1905 il a remarqué que sa joue gauche enflait, en même temps il sentait dans sa bouche une grosseur qu'il prenait pour un abcès, le trismus était assez prononcé et le gênait pour manger. Depuis novembre, la tumeur a toujours augmenté ; mais les douleurs sont plutôt moins fréquentes. Le trismus est actuellement très accentué et le malade peut à peine ouvrir la bouche. Depuis le mois de février, des fistules se sont ouvertes à la peau ; il en existe plusieurs, aujourd'hui, dont une traverse complètement la joue. La tumeur est très volumineuse, englobe tout le maxillaire inférieur gauche : par les fistules s'écoule incessamment un pus épais sanguinolent.

Le diagnostic se pose entre le cancer, la tuberculose, la syphilis et l'actinomycose.

Il semble bien qu'il ne s'agit pas de cancer, car l'état général se maintient assez bon ; la durée n'est pas non plus en faveur de cette hypothèse.

Quant à la tuberculose, on peut écarter l'idée, étant donné l'aspect de la tumeur.

La syphilis ne semble pas être en cause, faute d'antécédents spécifiques chez le malade : toutefois on n'a pas fait de traitement pierre de touche....

L'aspect de la tumeur est bien celui d'une production actinomycosique ; toutefois, nous devons dire que la recherche du parasite pratiquée par M. le Docteur Vanstenberghe, à l'Institut Pasteur, a été négative.

M. **Deléarde** insiste sur la nécessité d'aller chercher au centre de la tumeur le champignon actinomycosique.

Un cas d'actinomycose

M. **Le Fort**. — Il y a trois ans, M. le professeur Folet présentait à la Société de médecine du Nord, dans sa séance du 27 février, un cas d'actinomycose cutanée de la région fessière. Ce malade s'était présenté à la consultation de chirurgie de l'hôpital Saint-Sauveur, un jour où, comme chef de clinique, je faisais la consultation. Le malade, en relevant sa chemise, n'avait pas découvert la

moitié de la plaque actinomycosique que j'avais formulé ce diagnostic : actinomycose. Pourtant, les examens du pus et des fragments prélevés, n'ont pas permis pendant longtemps de retrouver le parasite. Ma foi n'en fut pas ébranlée et l'événement m'a donné raison.

La conviction de M. le professeur CURTIS, qui a examiné un nombre considérable de préparations, est aujourd'hui définitivement établie, il s'agit d'actinomycose indiscutable et j'apporte ainsi la conclusion de l'observation restée inachevée il y a trois ans. Dans le cas présent, il en est de même, il s'agit d'actinomycose cutanée de la face, sans que jusqu'ici on ait pu déceler le parasite. Le malade provient du service de M. le professeur FOLET et l'observation vous sera lue par M. ARQUEMBOURG, interne de service.

Comme il y a trois ans, je me permettrai de faire remarquer qu'il y a des formes multiples d'actinomycose : les unes ont des caractères communs avec beaucoup d'autres infections tuberculeuses ou syphilitiques et le diagnostic de celles-ci ne saurait être formulé sans l'appui du microscope, d'autres sont caractéristiques de la maladie, ne ressemblent à aucune affection connue, et leur diagnostic peut être fait à quinze pas. Tel est le cas que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui. J'ai eu l'occasion d'en observer un certain nombre en Allemagne, en Autriche et ailleurs, et bien souvent j'ai vu, surtout dans le cas d'infections secondaires, comme ici, le microscope refuser longtemps la confirmation d'un diagnostic cliniquement évident.

Je remarquerai en passant que la région lyonnaise est loin d'avoir en France le monopole d'une affection qu'il n'est pas étonnant de rencontrer assez fréquemment dans un pays de culture comme le Nord.

Poumon actinomycosique

M. **Gellé** présente les coupes d'un poumon atteint d'actinomycose.

Cholécystite et lithiase

M. **Arquembourg** montre de nombreux calculs extraits d'une vésicule biliaire atteinte de cholécystite.

Au sujet de cette présentation M. LE FORT fait la communication suivante :

Difficultés du diagnostic de certaines tumeurs hépatiques et vésiculaires

M. **Le Fort**. — (Sera reproduit *in-extenso dans un prochain numéro*).

M. **Carlier** rappelle le cas d'une femme de 50 ans qui lui fut envoyée à l'hôpital pour une uronéphrose. Tout était confirmatif du diagnostic porté : l'hydropisie intermittente et même la réductibilité facile. Pourtant, il s'agissait d'une vésicule biliaire. Le cathétérisme de l'uretère eut pu éviter cette erreur.

Ulcère d'estomac

M. **M. Gérard**, externe des hôpitaux, présente l'estomac d'une femme morte de gastrorragie dans le service de M. le professeur COMBEMALE.

Il résume brièvement l'observation de cette malade : la nommée C., 36 ans, avait dans la nuit du 3 au 4 juillet une violente hématémèse. Elle entre à l'hôpital le mercredi 4 : on porte le diagnostic d'ulcère rond. — Les hématémèses se reproduisent le 5, le 6, le 8 juillet, jour où elle meurt.

Il montre l'ulcération stomacale siégeant au niveau de la portion médiane de la petite courbure, sur la face antéro-supérieure de l'estomac.

Cette ulcération, longue de trois centimètres, large de un centimètre, est taillée, comme à l'emporte-pièce, dans la muqueuse et la sous-muqueuse.

Quant on l'examine sous un filet d'eau, on voit, dans sa portion gauche, l'ouverture du vaisseau qui a été sectionné par le processus ulcérant.

Tumeur du médiastin

MM. **Breton** et **Tramblin** présentent une pièce anatomique provenant du service de M. le Professeur COMBEMALE. Il s'agit d'un poumon droit dont tout le lobe supérieur est rempli par une tumeur dont le centre est ramolli, diffluent et hémorrhagique. Cette tumeur n'est qu'un rameau aberrant d'une autre tumeur qui occupe l'aire vasculaire du médiastin et qui a comprimé vaisseaux, nerfs, bronches, trachée, en donnant les symptômes classiques des néoplasmes médiastinaux. La tumeur est primitive et son origine étant inconnue, il sera nécessaire d'en faire un examen histologique.

Un fait clinique intéressant, et qui a trouvé son explication à l'autopsie, consistait en la persistance des vomissements. Ce signe eut pu faire croire à une origine stomacale primitive et à une localisation pulmonaire et médiastinale secondaire. Il n'en était rien, et les phénomènes gastriques s'expliquaient par l'inclusion dans la tumeur d'une branche du pneumo-gastrique que l'on put isoler par une dissection pénible.

Diverticule de Meckel

MM. **Ravlart** et **Gayet**. — A l'autopsie d'un jeune homme de 16 ans, débile mental, ayant succombé à la fièvre typhoïde, nous avons trouvé un diverticule de MECKEL dont la situation anormale nous a paru mériter votre attention.

En effet, comme vous pouvez le voir, au lieu d'être libre et implanté sur le bord convexe de l'intestin grêle, il est dirigé de bas en haut et paraît naître au voisinage du bord mésentérique de l'iléon. Sa longueur est de six centimètres. Sa circonférence varie de quatre à six centimètres, aussi sa forme est-elle régulière. Son extrémité libre est renflée. Sa lumière communique avec celle de l'intestin. Sa struc-

ture paraît la même que celle de l'iléon. Une sorte de méso s'étendant le long de sa face postérieure le relie au mésentère, mais il ne l'applique contre lui que sur une longueur de deux centimètres, le reste du divercule étant libre. Il est distant d'environ soixante centimètres du cœcum.

Diplégie. Hématome bilatéral de la dure-mère. Atrophie secondaire du cerveau. Sclérose atrophique des circonvolutions.

MM. **Raviart** et **Lorthiois.** — L'observation est publiée *in-extenso dans le présent numero.*

Variétés & Anecdotes

Notes de pratique

En clientèle, il n'y a que deux maladies de femmes, les catarrhes et les kystes.

Si vous examinez une femme, examinez-la à deux doigts ; quand il y en a pour un il y en a pour deux. Passez-la également au spéculum ; bien que cet instrument soit inutile au diagnostic ; mais, n'est-il pas vrai, on ne peut parler que de ce qu'on a vu.

Puis, si vous jugez qu'une opération soit inutile, dites qu'il y a un catarrhe. Si vous jugez qu'il faille opérer, dites qu'il y a un kyste.

Le catarrhe éveille dans l'esprit de la femme l'idée d'une affection bénigne et de longue durée ; vous pourrez la faire revenir à la cautérisation aussi longtemps qu'il sera nécessaire.

Au contraire, dès que vous avez prononcé le mot de kyste, la cliente vous dit d'une voix résignée : « Alors monsieur le docteur, il va donc falloir me laisser opérer ? » Si vous tenez aux diagnostics précis, vous ajoutez un adjectif ; kyste muqueux, kyste fibreux, kyste de l'ovaire, kyste tubaire, kyste sanguin, kyste suppuré, kyste fœtal, l'essentiel est que ce soit un kyste.

Il y a deux choses qu'il est toujours douloureux de se laisser ouvrir, c'est le ventre et le porte monnaie. Or quand il s'agit d'ouvrir les deux choses à la fois, on conçoit que le patient récalcitre, et qu'il faille de la main pour l'amener à se laisser faire.

Il faut prendre les gens par leurs défauts, et non par leurs qualités. Or une femme est souvent vaniteuse, et toujours l'adversaire de son mari. Gardez-vous donc bien de lui dire devant son mari : « l'opération n'est nullement douloureuse, car la gloire qu'elle tire d'une opération en est pour la femme le meilleur bénéfice. Mais dites par exemple : « Ma chère enfant, s'il s'agissait de votre mari, j'hésiterais davantage à parler d'opération ; car les hommes sont incroyablement froussards à ce sujet. Mais je m'y connais en physionomies ; vous êtes nerveuse et sensible, mais au fond extrêmement courageuse, et je suis sûr que vous allez marcher comme un zouave ». Alors, si la malade regarde triomphalement son mari qui ne sait plus sur quelle fesse s'asseoir, la partie est gagnée, et il ne reste plus qu'à empocher l'enjeu.

C'est le moment où se pose la question des sucres. « Et avec tout cela, docteur, qu'est-ce que ça nous coûtera ? Vous savez que nous ne sommes pas trop riches... » — Mes bons amis, devez-vous répondre, nous vous prendrons naturellement le plus cher que nous pourrons. Et vous n'en aurez jamais que pour votre argent. L'essentiel est que vous entriez au plus tôt à la maison de santé ». Car une fois purgés et rasés, les malades sont infiniment plus coulants sur la question des honoraires.

(*Journ. de méd. interne.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

Notre Carnet

M. le docteur Le Bras, de Daoulas, nous fait part de la naissance de sa fille Denise. Nous présentons à la mère et à l'enfant nos meilleurs souhaits.

— Le 1er septembre, ont eu lieu à Chauny (Aisne), les cérémonies du mariage de M. le docteur Albert Jacquemaire, de Denain (Nord), avec mademoiselle Madeleine Dupont. Nous adressons à notre jeune confrère nos meilleurs souhaits de bonheur et de prospérité.

BIBLIOGRAPHIE

Dr Paul Ferrier, ancien Interne des Hôpitaux de Paris. **La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée.** Traitement et prophylaxie. — Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine, Paris. Un volume in-16, 2 fr. 50.

L'auteur considère comme spontanées aussi bien les guérisons dont on a connaissance seulement à l'autopsie que celles qui se produisent, hygiéniquement, sans l'intervention d'un médicament quelconque. Préparé par les notions classiques, par des observations et travaux personnels, antérieurs à l'interprétation de certains faits, il constate par des signes d'un usage encore peu répandu, que les tuberculeux guéris sont des gens normalement calcifiés, tandis qu'il voit mourir des phtisiques hypocalcifiés.

Rapprochant cette observation du caractère anatomopathologique des lésions tuberculeuses nécroptiques guéries, il tire la conclusion que la tuberculose pourrait céder à un régime calcifiant. Nous savons que M. A. Robin minéralise ses ma-

lades, et l'on pourrait croire que l'auteur de ce livre va lui emprunter sa méthode. Il s'en sépare au contraire entièrement et c'est en cela que consiste toute l'importance de son ouvrage. M. Paul Ferrier montre en effet que la tuberculose éclot chez des gens en voie de décalcification, et qu'elle progresse ou recule suivant l'état de calcification de l'individu. Mais pour établir ces faits, il fallait montrer que la phosphaturie, beaucoup plus fréquente qu'on ne pense, est fonction de la digestion, que l'alimentation mal dirigée aboutit souvent aux fermentations acides, que le résultat de ces fermentations passe finalement dans le sang et entraîne de la chaux par les urines, le tout s'accompagnant souvent de caries dentaires, signe très important. Pour calcifier des cobayes qui ont résisté longtemps, et ses malades, l'auteur a employé les moyens qu'il met en œuvre pour durcir les dents de ses patients. Les résultats obtenus dans le traitement, valent la peine qu'on en prenne connaissance.

A signaler, sur les stations favorables et défavorables aux tuberculeux, un aperçu qui ne manque pas d'originalité. Le livre est complété par un tableau des eaux minérales bicarbonatées calciques de France, que l'auteur recommande d'employer pour la calcification des malades, de façon à ce que chaque médecin puisse trouver à sa portée l'eau qu'il peut indiquer à ses clients.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

DU 10 JUIN AU 7 JUILLET 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	17	16
3 mois à un an	15	19
1 an à 2 ans	7	3
2 à 5 ans	4	3
5 à 20 ans	8	12
20 à 60 ans	50	50
60 ans et au-dessus	43	31
Total	142	134

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 1 an	Diarrhée et entérite : de 1 à 2 ans	Diarrhée et entérite : plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	7	22
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	4	1	»	9	»	»	1	»	3	3	1	»	»	2	1	»	11	35	42
Moulins, 24,947 hab.	»	1	»	»	»	5	»	»	2	1	»	5	1	1	1	7	2	»	»	»	»	3	29	54
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	1	»	1	13	»	»	3	»	2	5	4	1	2	11	1	»	1	»	»	14	54	69
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	2	2	»	2	1	1	»	»	»	»	»	9	22	36
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	1	3	»	»	4	»	1	3	6	1	4	3	»	»	»	»	»	19	45	47
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	2	2	3	»	1	1	»	»	»	»	»	8	22	24
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	»	1	1	3	»	»	»	»	»	»	5	14	18
Fives, 24,191 hab.	1	»	»	»	»	4	»	»	2	»	1	2	1	1	1	3	»	»	»	»	»	9	24	65
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	3	15
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	1	3	»	»	»	»	1	3	11	26
Total	1	1	1	»	2	43	1	»	24	1	8	21	17	12	17	31	3	»	3	1	1	82	2'6	420

N° 505. Dixième Année. N° 37. Le Numéro : 10 centimes 16 Septembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

REVUE HISTORIQUE

La trépanation à travers les âges (1),

par M. le Dr **René Le Fort**,

professeur agrégé de chirurgie à la Faculté.

Les progrès chirurgicaux de la fin du dernier siècle ont amené une telle révolution, de tels bouleversements qu'on a quelque peu pris l'habitude de considérer deux périodes en chirurgie, une période moderne, vieille de 25 ou 30 ans, et une période ancienne, commençant aux temps préhistoriques et s'étendant jusqu'à la précédente.

De fait, grâce à l'anesthésie, l'hémostase et l'antisepsie, il y a peut-être plus de différence dans la pratique entre les chirurgiens de l'époque de Dupuytren et les chirurgiens d'aujourd'hui, qu'entre les premiers et Hippocrate ou Galien.

Il ne faut pas croire cependant que la grande chirurgie soit d'origine récente, elle existait bien avant Hippocrate et Galien eux-mêmes. On ne saurait en fournir de meilleure preuve qu'en retraçant l'histoire de la trépanation du crâne, qui est peut-être la doyenne de toutes les interventions chirurgicales.

I

On voit couramment, dans les services hospitaliers, sous le couvert d'une asepsie minutieuse, sur un patient profondément endormi, à la faveur d'une hémostase impeccable, ouvrir largement de grands volets craniens, explorer directement de l'œil et du doigt les circonvolutions cérébrales et porter l'instrument investigateur ou curateur dans les profondeurs

(1) Nous avons supprimé toutes les indications bibliographiques antérieures à 1893, on les retrouvera facilement dans les articles cités au cours de cette revue, et principalement dans les ouvrages très importants de MM. Terrier et Péraire et Paul Delvoie. —

mêmes de la substance pensante ; c'est là une des merveilles de la chirurgie moderne. Ces grandes craniotomies, suivies de rabattement et de réimplantation du volet osseux, exécutées avec des instruments perfectionnés, mus par l'électricité ou à l'aide de moteurs ingénieux, sont de pratique récente; la trépanation simple, l'ouverture du crâne, l'ablation de rondelles osseuses plus ou moins étendues, remontent au contraire à la plus haute antiquité.

Il y a quelques années, au moment même où la chirurgie du crâne, comme celles de toutes les autres régions, prenait un essor nouveau sous l'influence de l'antisepsie, elle paraissait sommeiller depuis quelque temps, et la trépanation était en réelle défaveur.

MALGAIGNE, qui la combattit violemment, relevait, dans une période de huit ans, de 1833 à 1841, quinze trépanations en tout faites à Paris ; encore, ces trépanations avaient-elles été suivies de mort. Sous l'influence de MALGAIGNE et de son maître GAMA, l'ouverture du crâne fut pour quelque temps proscrite de la chirurgie. En 1867, Léon LE FORT montrait que, dans toute la France, il avait été fait quatre trépanations en dix ans.

En Angleterre, le plus grand chirurgien du XIXe siècle, l'homme de toutes les audaces, celui que CHASSAIGNAC et RICHELOT ont appelé le praticien incomparable, parle de la trépanation en ces termes : « Que celui qui la pratique, se souvienne qu'il n'y a qu'un pas ou plutôt qu'une mince membrane entre le patient et l'éternité. » « Celui qui trépane dans les lésions craniennes sous-cutanées », dit-il encore, « devrait être trépané à son tour, pour sa condamnation. »

En Allemagne DIEFFENBACH écrivait, d'après M. Paul DELVOIE (1) à qui j'emprunte ces citations : « Depuis de nombreuses années, j'ai craint la trépanation beaucoup plus que les blessures de tête qui se présentèrent à moi ; dans la plupart des cas, elle m'a paru un moyen certain de tuer mon patient. » C'est le même auteur qui écrivait : « Un enfant tomba d'un premier étage et se brisa le pariétal droit ; je trépanai, il guérit, et je fus persuadé que mon opération l'avait sauvé. Un an après, il tomba de la même hauteur, et cette fois se brisa le pariétal gauche ; je ne le trépanai plus, il guérit encore, et je crus de nouveau que je l'avais sauvé en ne le trépanant pas. »

(1) Paul DELVOIE — Histoire, indications et contre-indications, technique et résultats de la trépanation cranienne. — Bruxelles, 1893.

Pourtant la trépanation avait connu des jours meilleurs.

Le XIIIe siècle, comme le disent MM. TERRIER et PÉRAIRE (1), à qui, dans cette revue, je ferai de fréquents emprunts, avait été le siècle du trépan.

Au dix-septième siècle, il avait été également en grande faveur, et les chirurgiens ne craignaient point de recourir à des trépanations multiples sur le même individu. Ainsi, CORNÉLIUS STALPART VON DER WYL (mort en 1668), fit vingt-deux trépanations pour découvrir un épanchement sanguin qu'il atteignit à la dernière opération ; son malade guérit. Ce n'est pas le record.

MÉHÉE DE LA TOUCHE, en 1675, trépana cinquante-deux fois le même individu ; il est vrai que vingt-sept de ses trépanations seulement allaient jusqu'aux méninges.

L'histoire la plus connue de ces trépanations multiples est celle du comte Philippe de Nassau : en 1664, un chirurgien, Henri CHABDON, pratiqua sur le comte vingt-sept trépanations consécutives. L'épanchement soupçonné fut découvert à la dernière ouverture du crâne. Le malade, qui guérit parfaitement, put dès lors, paraît-il, boire beaucoup plus de vin qu'auparavant.

Cela rappelle l'histoire *plaisante* du baron de Münchhaüsen.

Probablement, disent BROCA et SÉBILEAU, qu'une tête princière était prédisposée à supporter allègrement un tel nombre de couronnes.

Avant cela, au XVIe siècle, A. PARÉ et Jean de VIGO avaient trépané, et avant eux, au moyen-âge, AVICENNE et ALBUCASIS parmi les Arabes, Henri de MONDEVILLE, Guy de CHAULIAC et bien d'autres en France et à l'étranger.

Dans l'antiquité, nous retrouvons la trépanation en faveur chez les Juifs comme nous l'apprend le Talmud.

CELSE et GALIEN, perfectionnant l'intervention, n'avaient fait que suivre HIPPOCRATE qui avait laissé après lui une instrumentation, une technique et des indications opératoires réellement fort étendues.

Longtemps HIPPOCRATE fut considéré comme le père de la trépanation ; c'est là une erreur que les recherches modernes nous ont révélée.

En 1874, dans cette ville de Lille, M. PRUNIÈRES, de Marvéjols, lisait, au Congrès de l'Association française

(1) F. TERRIER et M. PÉRAIRE. — L'opération du trépan, Paris 1895.

pour l'avancement des sciences, un mémoire sur *les crânes perforés et les rondelles craniennes de l'époque néolithique*.

Dès 1685, un exemplaire de crâne trépané avait bien été découvert dans la tombe de Cocherel; des faits de ce genre, peu nombreux, avaient été constatés à diverses reprises; leur étude approfondie remonte aux travaux de M. Prunières.

Aujourd'hui, de nombreuses recherches ont mis absolument hors de doute la trépanation préhistorique. Contestée encore pour la période paléolithique, il n'y a pas de divergence d'opinions pour l'époque néolithique. C'est dans les dolmens de la Lozère que M. le docteur Prunières avait fait ses premières trouvailles; peu après, M. de Baye en faisait d'analogues dans la Marne, et depuis, on a retrouvé de nombreux crânes trépanés dans les environs de Paris, en Seine-et-Marne, dans l'Oise, l'Isère, les Deux-Sèvres, le Gard, aussi bien qu'en Bretagne, en Savoie, dans le Poitou, ou dans les grottes des Cévennes.

Dans presque tous les pays d'Europe ont été faites des découvertes semblables : en Belgique, en Suisse, en Allemagne, en Bohême et en Moravie, en Danemark, en Russie, en Angleterre, en Ecosse, en Portugal et en Italie.

Il est démontré que sur toute la surface du globe la trépanation a été connue à une époque fort reculée.

En Algérie, le général Faidherbe trouva des crânes trépanés dans les dolmens de Rochnia; plus de dix pour cent des crânes rencontrés par Luschan (1) à Ténériffe sont trépanés; en Amérique, chez les Indiens de l'Amérique du Nord, au Mexique ou sur les bords du lac Huron, comme dans l'Amérique du Sud chez les Incas du Pérou, la trépanation était en faveur. Elle l'était aussi chez les Guanches des Canaries, chez les Dayaks de Bornéo, et, sauf peut-être pour ces derniers, c'étaient bien là des trépanations pratiquées sur le vivant; leurs bords osseux cicatrisés les distinguent des trépanations posthumes dont nous reparlerons, et leur régularité, leur siège, l'absence de fissures ou d'enfoncements osseux dans le voisinage, leurs caractères, en un mot, excluent toute idée de perforations pathologiques ou de perforations traumatiques. Ces trépanations, pratiquées souvent chez des enfants, guérissaient, sinon toujours, au moins très fréquemment, et permettaient une survie très prolongée. Bien des crânes de vieillards ou d'adultes portent les traces de trépanations pratiquées pendant le jeune âge : sur certains crânes on a pu remarquer un arrêt de développement de l'os trépané près de ses bords, indiquant, à n'en pas douter, que la trépanation avait eu lieu avant la croissance complète; sur quelques crânes même, l'orifice de trépanation est comblé en grande partie, comme cela se produit parfois chez les sujets trépanés jeunes. Il semble même que les trépanations étaient particulièrement fréquentes chez les jeunes sujets.

L'usage de la trépanation a été répandu à toutes les époques. Fréquente à la période néolithique, elle continue pendant tout l'âge de bronze. On sait que dans notre pays, la pierre n'aurait été remplacée par le métal qu'à l'époque mérovingienne. On a retrouvé des crânes trépanés dans un cimetière mérovingien (près de Saint-Quentin). A Limet, en Belgique, on en a découvert dans une sépulture franque. Certains crânes trépanés trouvés dans les Deux-Sèvres se rapportent à l'âge de bronze. En Ecosse également, des crânes trépanés paraissent remonter aussi au début de l'âge de bronze.

II

Dès lors, une question intéressante se pose :

Comment et à l'aide de quels instruments nos ancêtres trépanaient-ils?

Les silex taillés leur suffisaient pour accomplir cette délicate opération, et plusieurs procédés étaient à leur disposition.

Le premier utilisé paraît bien avoir été le *raclage de l'os*; par grattage, par usure, pour ainsi dire, le crâne était ouvert.

Une autre méthode très primitive est représentée par les *perforations multiples* et rapprochées, circonscrivant la rondelle osseuse à enlever. Ces perforations étaient produites par rotation à la main d'un silex pointu.

Peu à peu les instruments et la technique se sont perfectionnés, des *tarières* de diverses formes ont été mises en usage, et bientôt l'homme a utilisé de véritables *scies* de silex qui lui ont permis de circonscrire plus facilement la portion d'os à extraire.

Ceci n'est pas une simple vue de l'esprit. Les preuves subsistent de la mise en usage de ces divers procédés; les orifices de trépanation obtenus diffèrent suivant les méthodes mises en usage. Ainsi, dans la

(1) Luschan : Zeitschrift für Ethnologie, T. XXVIII, fasc. 2, Berlin 1896.

trépanation par raclage, les bords osseux sont inclinés, et la perte de substance de la table externe est plus considérable que celle de la table interne ; dans la trépanation faite au burin ou à la scie de silex, les bords osseux sont droits et la perte de substance à peu près égale pour les deux tables.

Les méthodes suivies sont en quelque sorte saisies sur le vif quand on est en présence de trépanations incomplètes, d'opérations inachevées, comme cela se rencontre sur certaines pièces.

Sans doute, la trépanation pratiquée par ces procédés primitifs devait être laborieuse; elle est possible. En 1877, BROCA réussit à trépaner un jeune chien à l'aide d'un silex préhistorique. Il utilisa le procédé du raclage et mit huit minutes un quart. Chez l'adulte, l'opération, plus compliquée, dure près d'une heure.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est parvenu à creuser des orifices dans le crâne par le procédé des perforations multiples et rapprochées.

M. CAPITAN a fait des expériences analogues.

Tout récemment, M. Hippolyte MULLER (1), bibliothécaire de l'Ecole de médecine de Grenoble, a fait toute une série de curieuses expériences. Il a d'abord fabriqué des haches de silex, les a taillées, polies, emmanchées, sans se servir d'autres outils que ceux que la nature pouvait lui fournir. A l'aide de ces haches faites par lui ou de haches antiques nouvellement emmanchées, il a abattu des sapins, érables, hêtres et même un chêne.

M. MULLER a également fabriqué des pointes de flèches et des outils en silex taillé. Puis, ce qui nous intéresse plus directement, il a pratiqué des trépanations à l'aide de ces instruments primitifs. « Armé, dit-il, de quelques silex triés parmi les éclats de taille récents et d'un petit percuteur, après avoir tranché et enlevé le cuir chevelu avec un petit éclat de silex, j'ai pratiqué quatre trépanations par raclage et sept autres par circonscription de rondelles, dont trois inachevées, ces dernières pour bien montrer le mode opératoire. »

« Le procédé, dit-il encore, qui consiste à pratiquer la rainure par lignes droites raccordées par des courbes est préférable et plus rapide. Lorsque la rondelle n'a plus qu'un point d'adhérences, un silex mince passé par dessous en faisant levier, la détache facilement. »

La dure-mère est facilement ménagée au cours de ces interventions. Elles devaient être néanmoins pénibles ; au cours de l'opération, au cours surtout du creusement des rainures, les instruments se détériorent, les becs s'égrisent et il faut les retailler. La durée aussi devait être bien longue, les chiffres de M. MULLER donnent : 31 minutes, 33 minutes, 1 heure, pour le procédé du raclage; et 1 heure 5 minutes, 1 heure 15 (2 fois), 1 heure 55, pour l'ablation de rondelles ; une trépanation restée inachevée a duré 1 heure 25.

Quelle patience ne fallait-il pas à l'opérateur et.... à l'opéré ?

La fréquence relative de l'emploi de ces divers procédés a été discutée ; leur chronologie exacte de même. Si elles se sont succédé dans le temps, il est également certain que ces méthodes barbares ont été parfois usitées simultanément. Par exemple, les anciens Péruviens se servaient surtout de la scie; ils utilisaient parfois aussi la tarière, comme le montre une momie du musée d'ethnographie découverte à Piedra Grande (1), et même le raclage (2). LUMHOLTZ et HRDLICKA (3) ont décrit deux crânes trouvés dans une caverne de la Sierra Madre dont l'un paraît avoir été perforé à la tarière, l'autre par raclage. Ces crânes proviennent d'Indiens tarahumares, et l'auteur suppose que ceux-ci tenaient la trépanation des anciens Péruviens et Boliviens chez qui elle était très en honneur.

Ces procédés rudimentaires, avons-nous vu, ont été fréquemment et longtemps employés, mieux même, *ils le sont encore*.

Il est tout à fait impossible d'établir un synchronisme pour les diverses contrées du globe, et tel pays en est encore au degré de civilisation et aux méthodes préhistoriques que d'autres jouissent depuis longtemps d'une civilisation très avancée. Cela donne un intérêt considérable à l'étude des peuplades restées sauvages et barbares dont les mœurs, coutumes et methodes se rapprochent sans doute très fort de celles de leurs ancêtres et des nôtres. Or, chez un certain nombre de tribus barbares, on a retrouvé de nos jours des méthodes de trépanation qui se rapprochent vraisemblablement beaucoup de celles des hommes préhistoriques.

(1) H. MULLER, in l'Anthropologie, Juillet-Octobre 1904, p. 417.

(1) MALBOT et VERNEAU. — L'Anthropologie, 1897, p. 1.

(2) LEHMANN-NITSCHE. — Revisto dal Museo de la Plata, t. X, 1899.

(3) LUMHOLTZ et A. HRDLICKA. — Trephining in Mexico. — Amer Anthropologist. Washington, 1897.

En Mélanésie, dans l'archipel Bismarck, on pratique encore la trépanation par raclage.

Des crânes étudiés par M. LUSCHAN (1) et provenant de Nouvelle-Bretagne portent des orifices allongés en forme de sillon, produits de la même façon. Ici, il semble bien que le raclage n'a eu lieu que dans une seule direction. Il se fait soit à l'aide d'un fragment d'obsidienne, soit avec un fragment de noix de coco.

Chez certains sauvages des mers du Sud, la trépanation du crâne est une opération courante contre les maux de tête, névralgies, etc.; elle se pratique par raclage au moyen d'un morceau de verre.

On voit que si les procédés restent identiques, la substance des instruments employés s'est modifiée. Presque partout, le métal a remplacé le silex, mais les procédés antiques subsistent.

Chez les sauvages des îles Pomotou, chez les montagnards du Daghestan, la trépanation primitive est encore en usage. Elle a surtout été bien étudiée chez les arabes Chaouïas de l'Auress (2). Chez ces derniers, elle est si en honneur qu'il existe deux écoles de trépanation, l'une à Téberdéja, l'autre à Chébla. Ces arabes se servent d'une petite tarière et d'une petite scie droite. Leur tarière ou « brima » paraît avoir remplacé le silex pointu trouant l'os par un mouvement de rotation, et leur scie ou « menchar » n'était vraisemblablement « à l'origine qu'un silex un peu plus large, taillé en biseau, puis ébréché en dents de scie plus ou moins régulières. »

Les Taïtiens se servent encore aujourd'hui de tarière et de scie. En France, et à notre époque, les bergers de la Lozère utilisent, pour trépaner leurs moutons atteints de tournis, le procédé des petites perforations multiples et rapprochées produites par rotation à la main de l'outil perforant.

Le raclage au couteau de silex, les petites perforations limitant une rondelle osseuse, ont fait place aux scies primitives; celles-ci à leur tour ont été remplacées par les gouges et maillets, par la tréphine et le trépan.

Déjà, sous HIPPOCRATE, l'instrument à rotation, le trépan, était connu. HIPPOCRATE utilisait le trépan à couronne, dit πριων χαρακτος, et une sorte de tarière appelée τρυπανον. CELSE utilisait également le maillet et le ciseau. Ambroise PARÉ inventa toute une série de trépans, de tenailles, pinces, scies, tire-fonds, élévatoires, raspatoires, compas, forets, etc., et ce fut une véritable débauche d'instruments plus ou moins dérivés de ceux d'HIPPOCRATE et de CELSE.

Depuis quelques années, les fraises tendent à se substituer aux trépans à couronne ou aux trépans exfoliatifs et ces fraises, comme les scies rotatives qui en complètent l'emploi, sont actionnées par des moteurs mécaniques, volants à main ou à pédale, dynamos ou appareils électriques.

Je ne vous décrirai pas cette instrumentation moderne très perfectionnée que, malheureusement, les hôpitaux se refusent à nous fournir presque partout en France. Je ne saurais davantage entrer ici dans le détail de l'étude de la trépanation, je dirai pourtant un mot de l'histoire du traitement de la brèche cranienne par la *prothèse*.

III

Les anciens chirurgiens laissaient ouverte la brèche osseuse qu'ils avaient créée. La prothèse osseuse a pour but de remédier à cet inconvénient.

Sur un crâne de Dayak de Bornéo du Muséum d'histoire naturelle on trouve une rondelle osseuse maintenue par une charnière et pouvant être soulevée et rabattue comme le couvercle d'une tabatière. Il s'agit là d'une trépanation posthume, partant sans intérêt.

L'usage de la prothèse, que l'on croit si volontiers récente, remonte au contraire à une époque assez éloignée.

A. PARÉ parle de chirurgiens qui remplaçaient la rondelle osseuse par une pièce d'or, mais il ajoute aussitôt : « Je crois que bien plus tost ils la mettaient en leur poche. »

L'usage de ces plaques métalliques ne serait, au reste, pas sans inconvénient et LARREY, signale que plusieurs invalides, porteurs de plaques protectrices en argent, moururent d'insolation aiguë.

Les procédés de prothèse ne manquent pas.

Tout le monde connaît cette amusante histoire : Jacob van MEKREN, chirurgien hollandais, qui le premier proposa la réimplantation des rondelles craniennes (1682) avait, chez un de ses opérés, un Russe, remplacé par une rondelle d'os de chien un fragment du crâne enlevé par un coup de sabre. L'opération eut un plein succès, mais le confesseur du blessé lui persuada qu'un os de chien ni son porteur ne sau-

(1) LUSCHAN. — Trepanirte Schadel aus Neu-Britanien — Zeitsch. für Ethnologie, t. XXX, 1898.

(2) H. MALBOT et R. VERNEAU. — Les Chaouïas et la trépanation du crâne dans l'Auress. — L'anthropologie, 1897, p. 1.

raient être admis au paradis, et le malheureux se fit trépaner à nouveau. Je n'ai pu savoir si cet acte de foi mérita au patient l'entrée immédiate au séjour des bienheureux ou s'il survécut.

On a retrouvé l'usage de la prothèse chez certaines peuplades primitives. Certains sauvages des mers du Sud font la prothèse au moyen de rondelles minces et polies de noix de coco qu'ils glissent sous les téguments.

A notre époque, ces procédés de réimplantation des rondelles, de transplantation d'os provenant du sujet, ou d'autres sujets, ou d'animaux, les implantations de corps étrangers sont généralement remplacées par les procédés autoplastiques dont la résection temporaire est le plus parfait et le plus courant aujourd'hui.

IV

Il y a quelques années encore, la trépanation était considérée comme une opération grave, il semble donc étrange qu'elle ait pu être pratiquée fréquemment à des époques aussi reculées que nous l'avons dit, et pourtant l'examen des crânes permet de constater que *le plus grand nombre des opérés survivaient à leur blessure*. Avec des procédés presque identiques à ceux des hommes de l'âge néolithique dont probablement ils dérivent en ligne directe, les trépaneurs Chaouïas obtiennent encore aujourd'hui des succès tout-à-fait extraordinaires. MALBOT et VERNEAU disent : « Tel médecin accuse 40 trépanations, tel autre 120, tel autre 200, un quatrième enfin 350, toujours sans le moindre revers ; pas un malade ne meurt par le brima ou le menchar. » (le brima c'est la tarière, le menchar c'est la scie).

Les résultats déplorables obtenus en France dans la première moitié du XIXe siècle ne doivent pas nous faire juger de la gravité de l'opération. En 1708, DIONYS écrit : « Le trépan est plus heureux dans certains pays que dans d'autres ; à Avignon et à Rome, ils guérissent tous, à Paris, le trépan est heureux et encore plus à Versailles où il n'en meurt presque point ; mais ils périssent tous à l'Hôtel-Dieu de Paris, à cause de l'infection de l'air qui agit sur la dure-mère et qui y apporte la pourriture. »

DIONYS ne pouvait mieux dire, c'est l'infection qui est le plus grand facteur de la gravité de la trépanation, et cette infection, nous commençons à la connaître. Nous savons l'influence du milieu, déjà vu par DIONYS, nous savons aussi quelle résistance différente les races diverses apportent à cette infection et combien les races primitives y sont moins sensibles que les autres.

C'est ce qui nous explique, jusqu'à un certain point, le peu de gravité de la trépanation souvent mentionnée par les auteurs.

Chez les Serbes d'Albanie et du Montenegro (1), où les traumatismes graves sont fréquents, vingt-cinq pour cent des décès étant dus à la vendetta, la trépanation est d'usage courant et les décès sont rares. Il existe même une coutume singulière : quand un individu a occasionné à un autre une lésion nécessitant la trépanation, il doit lui verser une certaine somme d'argent, mais il peut se racheter en se faisant trépaner comme lui.

Chez les Chaouïas, la gravité de la fracture du crâne est si minime que « dans les *Kanoun* de presque toutes les peuplades de l'Aurès, on fixe les mêmes dommages-intérêts pour avoir « cassé la tête » que pour avoir cassé quelques dents ; c'est quatre douros, vingt francs. » C'est également le prix de la trépanation au brima, l'emploi du menchar double la valeur de l'intervention.

Aussi les Kabyles de l'Aurès comme les montagnards du Daghestan trépanent-ils sous les prétextes les plus futiles et considèrent-ils l'opération comme sans gravité.

V

La haute antiquité d'une intervention aussi grave que la trépanation ne laisse pas que de nous surprendre, et il est intéressant de rechercher *à quelles indications pouvaient obéir nos ancêtres.*

Paul BROCA a pensé « que les indications de l'opération se rapportaient à l'idée que l'on se faisait alors de certaines affections de la tête ou de certains troubles nerveux, tels que l'épilepsie, l'idiotie, les convulsions, l'aliénation mentale, etc., qu'on attribuait à des causes divines, à des démons, etc.

« Les opérateurs allaient donc droit au but en pratiquant une ouverture à la tête pour donner issue à l'esprit emprisonné dans le corps ».

Ce caractère sacré des affections qui indiquaient la trépanation donnait à cette dernière un caractère sacré. Le marquis de NADAILLAC (2) pense qu'elle

(1) S. TROJANOVIC. — Die Trepanation bei den Serben. — Corresp. Blatt der Deutschen Gesellschaft für Anthropologie, t XXXI, 1900, p. 18.

(2) Marquis de NADAILLAC. — Les trépanations préhistoriques, 42 p. in-8°, Revue des questions scientifiques, 2e série 17, 1900.

était jadis une « pratique religieuse, une initiation, peut-être même le précepte d'un culte établi. L'enfant qui avait subi l'opération et qui y avait survécu acquérait aux yeux de la foule une vertu particulière et, après sa mort, les fragments de son crâne devenaient des reliques recherchées, toujours portées par leur possesseur et souvent enterrées avec lui ».

L'examen des crânes trépanés permet de constater que le plus souvent, à côté de l'orifice créé pendant la vie, il existe des traces de nombreuses trépanations posthumes. Une partie de la perte de substance remarquée sur le crâne est limitée par un bord lisse, cicatrisé, le plus souvent taillé en biseau aux dépens de la table interne, les autres parties, au contraire, sont limitées par des bords verticaux, rugueux et non cicatrisés. La première partie correspond à la trépanation pratiquée pendant la vie, les autres témoignent qu'après la mort, on a enlevé sur ce crâne des fragments d'os adjacents à la perte de substance. Ces rondelles crâniennes, taillées « de préférence sur les bords mêmes de l'ouverture cicatrisée » servaient d'amulettes. Celles-ci se fixaient à des colliers où à des bracelets et, sans doute, comme le pense M. de BAYE, préservaient des génies malfaisants.

On a aussi retrouvé de ces rondelles, taillées dans un crâne trépané, qui avaient été après la mort placées dans un autre crâne également trépané; P. BROCA considère ces amulettes « comme un viatique capable de porter bonheur au mort dans un nouveau séjour. »

Le caractère sacré des trépanations préhistoriques paraît établi aujourd'hui, il a persisté assez longtemps. Selon BROCA, les trépanations des sauvages de l'Amérique du Nord, qu'il croit posthumes, étaient pratiquées pour « permettre à l'âme de sortir du corps ».

Chez les Gaulois, l'usage des amulettes crâniennes se retrouvait encore.

On l'a retrouvé même récemment chez les Maoris de la Nouvelle-Zélande. M. GIGLIOLI (1) a pu décrire trois amulettes provenant de crânes humains et portées sur la poitrine par des Maoris. Ces amulettes sont découpées et représentent des êtres anthropomorphes assis avec les jambes repliées. Elles constituent pour leurs porteurs de précieux souvenirs des ancêtres.

On sait qu'au moyen-âge, la poudre d'os, obtenue

(1) E. GIGLIOLI. — Hei-Tiki maori fatti con crani umani. — Archivio per l'antropologia e l'etnologia, vol. XXVII, 1897, fasc. 3, p. 381-385.

par raclage, et portée dans un sachet autour du cou (ou absorbée à l'intérieur), était un spécifique de l'épilepsie.

On pourrait rapprocher de ces amulettes les curieuses trompettes brésiliennes provenant de la Yuruna del Xingu, étudiées par MM. KOLMANN (1) et GIGLIOLI (2). Ces trompettes sont fabriquées d'un morceau de bambou ajusté dans le vertex d'un crâne humain. Les fosses nasales et les cavités orbitaires sont remplies d'un mortier noir qui forme un nez postiche et des yeux bizarres dont les pupilles sont remplacées par des graines triangulaires.

Il serait facile de se laisser entraîner loin de l'étude de la trépanation proprement dite, et je laisserai de côté les faits de cet ordre, de même que l'histoire de ces étranges perforations craniennes, qui vraisemblablement se rapportent à des supplices, tel le cas d'un crâne de l'époque visigothe primitive, trouvé dans les environs de Séville et perforé d'un clou de cuivre (3), ou encore ces perforations en T de crânes étudiés par MANOUVRIER (4), et provenant de dolmens des environs de Mantes, ou même des trépanations posthumes pratiquées en Bolivie pour la conservation du cadavre (momies) (5).

La trépanation, nous venons de le voir, paraît avoir eu à l'origine un caractère sacré et peut-être *un rôle thérapeutique* basé sur des croyances religieuses. Des indications plus positives semblent aussi avoir guidé les opérateurs, même préhistoriques. Sans doute, il semble impossible d'admettre l'hypothèse de MM. REBOUL et CARRIÈRE (6), pour qui des trépanations préhistoriques de Rousson, près Salindres (Gard), ou de Montpellier-le-Vieux (7), faites dans la région rolandique, auraient été pratiquées pour des compres-

(1) KOLLMANN : Festschrift für Adolf Bastian. — Berlin 1896, p. 514.

(2) E. GIGLIOLI : Trombe completate con un teschio umano nel ellessico. — Archiv. per l'antrop. e l'etnol., vol. XXVII, 1897, fasc. 3, p. 395-396, et E. Giglioli : Due singolarissime e rare trombe de guerra guernite di ossa umane, dell' Africa e dell' America meridionale. — Archiv., etc. t. XXVII, fasc. 2, 1897.

(3) Estudia de una cadavera antigua, perforada por un clavo, encontrada en Italica, Bol. de le R. Academia de la Historia, t. XXXI, 1897.

(4) MANOUVRIER. — Société d'Anthropologie, Paris, 1895.

(5) R. LEHMANN-NITSCHE. — Revista dal Museo de la Plata, t. X, 1899.

(6) G. CARRIERE et REBOUL. — Un cas de trépanation préhistorique faite pendant la vie et suivie de guérison opératoire, observée sur un crâne de la grotte sépulcrale de Rousson, près Salindres (Gard), Société d'Anthropologie de Paris, Janvier 1894.

(7) REBOUL. — Observations concernant le crâne trépané trouvé dans un dolmen auprès de Montpellier-le-Vieux. L'Anthropologie, 1893, p. 380.

sions des zones motrices. Rien n'autorise à penser que les hommes de l'âge de la pierre aient eu connaissance des localisations cérébrales.

Déjà pourtant, à l'époque même néolithique, la trépanation paraissait avoir un but thérapeutique précis, et certains crânes trépanés ou certains fragments crâniens enlevés portent encore la trace de lésions organiques : hydrocéphalie, affections nécrosantes du tissu osseux, et même lésions traumatiques.

Des indications raisonnées de la trépanation étaient déjà formulées dès le début de la période historique. On est étonné de trouver chez le père de la médecine, 400 ans avant Jésus-Christ, des préceptes comme ceux-ci : « Dans tout traumatisme de la tête, on doit d'abord débrider la plaie des parties molles afin de pouvoir se rendre compte de l'état du périoste et de l'os. Si par cette inspection on n'arrive pas au diagnostic certain de la lésion osseuse, on râcle le péricrâne au moyen d'un grattoir ; a-t-on par ce moyen découvert des fissures dans l'os, on doit déterminer en plus la profondeur à laquelle pénètre la fente, en continuant le râclage jusqu'à la table interne s'il le faut ».

Sous Trajan, Héliodore posait des indications opératoires plus précises encore.

C'est à lui qu'on attribue généralement les premières indications précises, non seulement du trépan curateur, mais du trépan préventif.

Utilisé d'abord uniquement contre les traumatismes, et il l'est encore chez les indigènes de la Nouvelle-Bretagne (1), son emploi s'est peu à peu étendu avec Paré à la nécrose des os du crâne, avec Pierre de Marchettis, de Padoue (mort en 1673) et Marc-Aurèle Séverin (mort en 1656) à l'épilepsie traumatique, à certaines céphalées, à la mélancolie, à l'hydrocéphalose et même à la paralysie faciale, enfin, avec Guillaume Mauquest de la Motte (mort vers 1740) à l'apoplexie elle-même.

Au XVIIIe siècle, Quesnay propose l'incision du cerveau pour les abcès profonds, que Dupuytren devait réaliser plus tard. C'est là le début de la chirurgie cérébrale proprement dite.

Pourtant, toutes ces indications, trè discutées et très discutables, étaient, on le conçoit sans peine, bien peu acceptées des chirurgiens.

Comme pour la technique opératoire, la deuxième moitié du dix-neuvième siècle a vu, pour les indications de la chirurgie cranienne, l'aurore d'une ère nouvelle.

A la *trépanation sacrée* des premiers âges, dont, peut-être, la tonsure des prêtres constitue un dernier vestige, avait succédé la *trépanation chirurgicale empirique*. Nous sommes entrés dans une troisième période, la *période chirurgicale rationnelle*, grâce à l'étude des localisations cérébrales et de la topographie cranio-cérébrale.

Longtemps, le cerveau fut considéré comme une masse inexcitable dont aucune partie n'avait de fonction précise. Bouillaud soutint le premier que l'hémisphère gauche seul présidait à la fonction du langage articulé. En 1861, Paul Broca démontra qu'il y avait pour cette fonction un siège précis, le pied de la troisième circonvolution frontale, et en 1871, il pratiqua la première *trépanation guidée par les localisations cérébrales*. Son observation ne fut publiée qu'en 1876. Depuis, les localisations cérébrales ont été précisées, et la chirurgie y a trouvé un large profit.

L'étude de la *topographie cranio-cérébrale*, ou des rapports entre le crâne et le cerveau, devenait le complément nécessaire de la découverte des localisations ; avec d'autres, il y a seize ans déjà, nous avons apporté notre pierre à l'édifice de la trépanation rationnelle.

Aujourd'hui, guidée par les localisations cérébrales, rendue efficace par la science de la physiologie des centres moteurs, rendue précise par la connaissance exacte de la topographie cranio-cérébrale, rendue innocente par la pratique de l'asepsie, devenue indolore par la pratique de l'anesthésie, simple par le perfectionnement de la technique et de l'outillage, la trépanation est entrée dans une voie nouvelle. Est-ce tout ? Qui oserait l'affirmer.

Nous pouvons espérer que la marche en avant n'est pas terminée. Le passé nous répond de l'avenir et l'étude du cerveau nous révèlera bien des surprises encore. Sans doute, l'anatomie macroscopique est parfaitement établie, mais l'histologie fixe, malgré ses bouleversements récents, n'est pas entièrement éclaircie. La physiologie certainement y trouvera de nouveaux éléments de progrès. Les phénomènes psychiques nous échappent dans leur essence. Qui peut dire qu'il en sera de même toujours ?

La théorie histologique du sommeil, aujourd'hui

(1) Crump. — Australasian methodist missionary Review, 1896.

abandonnée, n'était-elle pas un premier pas fait dans le sentier de la physiologie psychique? Et qui peut affirmer que ce sentier frayé, devenu chemin connu et exploré, ne nous conduira pas à une chirurgie nouvelle, la chirurgie des affections psychiques? Ce serait là une quatrième période, celle de la chirurgie des maladies de « l'âme. »

Clolécystentérostomie pour ictère chronique

par MM. **J. Drucbert**, ancien chef de clinique chirurgicale, et **J. Looten**, interne des hôpitaux

L'observation que nous publions ici concerne un cas d'ictère chronique dû à la compression des voies biliaires par des ganglions probablement tuberculeux.

Il s'agit d'une femme de 24 ans, sans antécédents héréditaires, père mort à la suite de brûlures étendues, mère âgée de 47 ans et bien portante. Huit de ses frères et sœurs sont morts en bas-âge, un frère est mort à 37 ans de tuberculose pulmonaire; il ne reste de ses collatéraux qu'un frère en bonne santé.

La malade, bien portante dans son enfance et son adolescence, a accouché à terme et sans complications le 17 février 1901; l'enfant est encore vivant. Le 1er avril 1903, elle fit une perte à six semaines; mariée depuis trois mois, son mari la brutalisait et lui refusait une alimentation suffisante. C'est dans les jours qui suivirent cette perte, la malade ne peut préciser exactement, qu'apparut un ictère qui ne fit que s'accentuer depuis lors, sans jamais présenter de rémission.

Le Mardi-Gras 1905, la malade s'enrhuma et depuis elle présente un enrouement très marqué. Elle entra en août dans la clinique médicale de la Charité et l'on constata les signes que je ne ferai qu'énumérer: amaigrissement prononcé, laryngite tuberculeuse, craquements au sommet gauche, ictère de couleur olive, décoloration complète des selles, urines foncées et riches en pigments biliaires, démangeaisons violentes, diarrhée incoercible attribuée à de l'entérite tuberculeuse, ascite, œdème léger des malléoles, un peu de circulation collatérale. La rate était grosse et le foie dépassait le rebord costal de quatre travers de doigt.

M. le professeur agrégé Deléarde proposa à la malade une intervention chirurgicale qui fut acceptée.

Le 21 septembre 1905, nous fîmes à la malade une laparotomie sus-ombilicale: il s'écoula environ dix litres d'ascite claire. L'exploration des voies biliaires montra la vésicule distendue par de la bile; de gros ganglions occupant le hile du foie parurent être la cause de cette rétention biliaire. Il y avait du reste des ganglions volumineux dans toute l'étendue du mésentère.

Nous fîmes alors l'abouchement de la vésicule dans la première anse du jéjunum qui nous parut mieux se prêter à cette fixation, avec un bouton de Murphy de petit calibre. Deux drains entourés de gaze furent placés au contact de l'anastomose et le ventre refermé.

Le 22 le pansement etait abondamment rempli de liquide ascitique. Le 23, on retira le premier drain, le second fut enlevé le 27.

La malade eut le 24 une première selle encore décolorée et dans la soirée une seconde selle tout-à-fait bien colorée. Dans la nuit du 28 au 29, la malade se trouva inondée par un flot d'ascite sorti par l'orifice des drains; cet écoulement dura jusqu'au 1er octobre.

A partir du 2 octobre, on put constater que la teinte ictérique de la malade allait en décroissant rapidement.

Les selles examinées chaque jour n'ont jamais permis de retrouver le bouton de Murphy; mais la malade eut quinze jours après l'opération pendant la nuit une selle qui fut jetée par mégarde, peut-être contenait-elle le bouton car depuis son retour chez elle, la malade n'a jamais manqué d'examiner ses matières.

Quand la malade partit le 1er novembre, l'ictère était presque complèment disparu, l'état général était notablement meilleur.

Nous avons revu cette femme en mai 1906, elle nous déclare que son ictère a reparu depuis le 15 novembre, mais il est loin d'être aussi foncé qu'auparavant, les matières sont toujours restées bien colorées. L'orifice du drain est complètement refermé depuis le mois de janvier, l'ascite est peu tendue, la circulation complémentaire est très développée.

La malade n'a plus de diarrhée, mais ses lésions de tuberculose laryngée et pulmonaire ont fait des progrès. La malade n'a pas de douleurs, elle est assez satisfaite de son état mais elle fait évidemment de la rétention partielle de sa bile au niveau des canalicules; sa tuberculose, l'angiocholite intracanaliculaire, sa misérable condition sociale ne permettent guère d'espérer d'amélioration dans son état.

Fièvre typhoïde à forme ambulatoire. — Mort rapide dans le coma. — Œdème aigu du poumon. — Psorentérie,

par MM. **Raviart**, Médecin-adjoint, et **Gayet**, Interne de l'Asile des Aliénés d'Armentières.

La rareté de la mort quasi subite, par œdème aigu du poumon au début de la fièvre typhoïde, nous invite à rapporter aujourd'hui l'observation suivante dont les diverses particularités nous ont vivement frappés.

W..., 16 ans, entré à l'asile le 12 octobre 1905, est un débile mental, vicieux et pervers, admis à la suite de tentative d'incendie. Assez tranquille pour être employé comme cordonnier de l'établissement, il s'y occupait régulièrement depuis le 28 mai 1906.

Le 25 juin il se plaint d'avoir de la diarrhée, mais n'en continue pas moins à travailler. Le lendemain 26 il dit ne plus souffrir et se rend encore au travail. L'après-midi il a mal à la tête, cesse de s'occuper et rentre au quartier vers cinq heures. On le couche. Il a des vomissements alimentaires. La température axillaire atteint 39.7. Peu d'instants après il tombait dans le coma.

Quand nous arrivâmes son état était le suivant:

Résolution musculaire complète, réflexes conservés, signe de Babinski des deux côtés, insensibilité absolue, face rouge, pupilles dilatées et insensibles, respiration stertoreuse.

En présence de ce malade presque subitement tombé dans le coma nous ne savions que penser et nous cher-

châmes du côté des divers appareils à quelles causes nous pouvions attribuer ces accidents.

La respiration était stertoreuse ainsi que nous venons de le dire et de ce fait l'auscultation pulmonaire ne donnait que peu de résultats. Le malade rejetait bien par la bouche un peu de liquide visqueux qui n'avait rien de commum avec l'expectoration abondante, aérée, mousseuse, rosée que l'on a coutume de voir rejeter par les malades atteints d'œdème aigu du poumon.

Le cœur battait violemment suivant un rythme régulier et rapide. Le pouls radial était ample.

Du côté de l'abdomen, aucune tache cutanée, pas de ballonnement, mais on constatait du gargouillement dans la fosse iliaque droite, et à la percussion, la rate paraissait grosse.

La dilatation pupillaire, l'élévation de la température permettaient de repousser l'hypothèse de coma urémique. L'haleine du malade, non plus du reste que les symptômes antérieurement constatés chez lui n'étaient en faveur d'un coma diabétique. Etant donné les quelques cas de fièvre typhoïde que nous avions observés ces derniers temps à l'asile et qui avaient revêtu des caractères d'exceptionnelle gravité nous pensâmes qu'il pouvait s'agir d'un cas analogue. La cause du coma nous semblait due à des accidents pulmonaires, à un œdème aigu du poumon par exemple. La violence des battements du cœur semblait confirmer cette hypothèse, aussi après avoir fait un certain nombre d'injections d'éther nous disposions-nous à pratiquer la saignée lorsque le malade qui s'était rapidement cyanosé succombait. Ces accidents qui s'étaient succédé avec une saisissante rapidité n'avaient duré qu'environ une heure.

A l'autopsie, faite vingt-six heures après la mort, nous constatâmes les lésions suivantes :

Cavité thoracique. — La cavité pleurale droite contenait environ 20 centimètres cubes d'un liquide sanguinolent et la cavité pleurale gauche contenait pareille quantité de liquide citrin. Les poumons volumineux et non affaissés présentaient des lésions classiques de l'œdème pulmonaire aigu. Leur surface de section laissait échapper un flot de liquide aéré et au niveau des bases, surajoutée aux lésions de l'œdème se pouvait constater une congestion très intense.

Cavité péricardique. — La cavité péricardique contenait environ 20 centimètres cubes d'un liquide citrin. Le cœur ne présentait pas de lésions apparentes. A noter simplement un peu d'athérome aortique au début de son évolution.

Cavité abdominale. — La rate paraissant peu augmentée de volume pesait 147 grammes. Sa surface de section laissait voir les corpuscules de Malpighi nombreux et volumineux ; son parenchyme était diffluent.

Le foie dont le poids était de 1.220 grammes était mou, décoloré dans sa totalité, et présentait en outre en de nombreux points des îlots d'une dégénérescence graisseuse plus avancée.

Les reins pesant, le gauche 125 grammes et le droit 122, étaient également mous et congestionnés.

L'estomac présentait dans toute son étendue, mais en particulier dans la région pylorique, une hypertrophie très accusée des follicules clos ; au voisinage du pylore l'aspect de la muqueuse est véritablement gaufré et ce dans une étendue de près de 5 centimètres de largeur. Les saillies y sont confluentes, d'un diamètre variant de 1 à 3 mm.

L'intestin grêle, légèrement rosé dans toute son étendue, d'un rouge plus sombre en certaines de ses parties, présentait parsemant sa face interne, en particulier dans toute l'étendue de l'extrémité de l'iléon, d'innombrables follicules clos hypertrophiés, saillants, blanchâtres. La constatation de pareilles lésions dans toute l'étendue du cœcum achevait de réaliser l'aspect de la psorentérie. Les plaques de Peyer par contre ne semblaient que fort peu prendre part au processus inflammatoire, seules, quelques plaques voisines du cœcum présentaient un aspect gaufré caractéristique.

Signalons enfin l'existence de très nombreux et très volumineux ganglions mésentériques, quelques-uns atteignant le volume d'une noix, saillants, d'aspect extérieur blanchâtre, blanchâtres aussi à la section.

Pareilles lésions sont bien celles de la fièvre typhoïde. Leur prédominance au niveau des follicules clos isolés, n'est pas exceptionnelle ; on sait, en effet, que d'une part les lésions intestinales peuvent se faire en plusieurs temps, que d'autre part les plaques de Peyer peuvent être plus ou moins respectées.

Bien que la démonstration n'en ait pas été faite ; que l'épreuve du séro-diagnostic fasse défaut (elle n'eut probablement pas été positive à ce stade anatomique peu avancé de l'affection) il ne nous semble pas qu'il s'agisse ici d'entérite aiguë banale, la notion d'endémicité de la fièvre typhoïde, l'absence d'entérites analogues, la violence et la gravité des accidents, l'altération simultanée de l'estomac, de l'intestin, des ganglions mésentériques, de la rate permettent de conclure au diagnostic de fièvre typhoïde probablement au début de son évolution, interrompue brusquement par un œdème pulmonaire suraigu dont elle a probablement été la cause déterminante.

La rareté de cette complication déjà signalée par Jaccoud justifie la publication de ce cas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 13 Juillet 1906 (*suite*)

Présidence de M. Noquet, président.

Absence d'un rein chez un jeune enfant

M. **Deléarde** présente l'appareil urinaire d'un enfant mort d'anurie dans son service. Le rein gauche est bilobé et présente des lésions de rein blanc, semblables à celles que l'on observe quelques mois après une scarlatine. Le rein droit n'existe pas.

S'agit-il pour ce dernier rein d'une lésion congénitale ou acquise ? Nous n'en savons rien. L'uretère existe, le bassinet est normal, mais il finit en cul-de-sac sans que rien représente la surface rénale.

M. **Gellé** a vu un rein complètement atrophié après une diphtérie. Il cite l'exemple d'Hallion, qui a reproduit l'atrophie par injection de toxines diphtériques.

M. **Carlier** rappelle avec quelles facilités une infinitésimale partie du rein supplée à la fonction jusqu'au jour où un accident supprime cette portion congrue de la glande et amène l'urémie.

Fièvre typhoïde à forme ambulatoire. Mort rapide dans le coma. Œdème aigu du poumon. Psorentérie.

MM. **Raviart** et **Gayet**, interne. — L'observation est publiée *in-extenso dans le présent numéro*.

Rein tuberculeux

M. **Carlier** présente un rein pourvu de multiples cavernes. Ce rein a été enlevé dans son service de l'Hôpital Saint-Sauveur. Le malade est en voie de guérison.

Considérations sur la pathogénie du genu-récurvatum dans la coxalgie (influence des contractures)

M. **Lefort** lit, au nom de M. Bachmann et au sien, un mémoire *qui sera reproduit in extenso.*

Tréponème et syphilis

M. **Gellé** présente, au nom de MM. Curtis et Salmon, les photographies du spirille de la syphilis :

Les photographies furent faites à l'appareil photomicrographique de Zeiss du laboratoire d'anatomie pathologique.

M. Gellé fait les remarques suivantes.

Il est assez difficile dans des coupes de mettre au point un certain nombre de spirilles et même un spirille tout entier, bien que les coupes photographiées fussent à $\frac{1}{300}$.

2° Le spirille étant noir, se détache mal sur le fond jaune brun de la préparation qui est due à la nitratation préalable. Ce fond brun en effet donne à la photographie une couleur noire. Pour parer à cet inconvénient qui surtout rend extrêmement difficile la reproduction photographique, on interposera une colonne d'eau assez fortement colorée par du bleu de méthylène.

Cette coloration éclairant les rayons jaunes, éclaircissait le fond de la préparation et faisait ainsi ressortir les spirilles.

3° Un second artifice de préparation consiste à tirer d'abord à un grossissement qui, à la plaque dépolie, permet de voir nettement le spirille, mais de très petite dimension et d'agrandir ensuite ce premier cliché. On obtient ainsi les reproductions suffisantes dans les coupes ainsi que le témoigne les photographies.

Cholécystentérostomie pour ictère chronique

MM. **Drucbert** et **J. Looten.** — L'observation est publiée *in-extenso dans le présent numéro.*

NOUVELLES & INFORMATIONS

Congrès des Étudiants en Médecine de Marseille. — Ce congrès s'est ouvert à Marseille le 1er septembre, sous la présidence de M. le doyen Pitre de Bordeaux ; à côté de lui avaient pris place MM. les professeurs Grasset, de Montpellier ; Queirel, directeur de l'Ecole de médecine de Marseille ; Bédart, de Lille ; Imbert, de Marseille.

Le but de ce congrès était de mettre au jour les idées de nos étudiants sur la réforme des études médicales.

M. Moinz délégué de Bordeaux, expose dans un rapport très documenté et d'une grande clarté les desiderata des étudiants et comme conclusion propose d'adopter les vœux suivants :

1° Suppression du P. C. N. (année préparatoire, qui comprend les études de physique, chimie et histoire naturelle). Cette année d'études se passait dans une Faculté de sciences ;

2° Réduction à quatre années des études médicales. Ce chiffre semble être impliqué par la suppression entrevue du P. C. N. et semble être légitimé par l'application de la loi de deux ans ;

3° Orientation moins théorique de l'enseignement. Essayer de le rendre pratique et de faire, avant tout, un médecin praticien ;

4° Programme nettement délimité et divisé par années ;

5° Rétablissement des examens de fin d'année, comprenant une épreuve pratique et une épreuve orale ;

6° Organisation de travaux pratiques, de petite chirurgie, de pharmacie et d'art dentaire.

Après une longue discussion à laquelle ont pris part étudiants et professeurs dans un sympathique échange d'idées, il s'est dégagé que des deux côtés on réclamait une orientation plus pratique des études médicales, un meilleur emploi du temps, un programme nettement limité pour chaque année, la séparation des étudiants de première année et de deuxième année en deux auditoires, les premiers ayant besoin d'une sorte d'initiation et de cours élémentaires capables de la leur procurer.

C'est avec plaisir aussi que l'on a pu constater que les étudiants réclamaient pour les épreuves finales des conditions plus rigoureuses que celles des examens actuels, mais d'autre part demandaient la suppression du P. C. N.

La mise aux voix des vœux présentés par le rapporteur a entraîné leur adoption, sauf pour le premier ayant trait au P. C. N. La majorité a conclu non pas à sa suppression mais à la transformation de son programme de façon à mieux l'adapter aux futurs besoins des étudiants en médecine.

MOT DE LA FIN

Médecin et malade

— Docteur, sauvez-moi, je suis empoisonnée !
— Mais non, madame, calmez-vous.
— Je vous assure que je suis empoisonnée.
— Qu'avez-vous mangé à dîner ?
— Du gigot.
— A l'ail ?
— C'est possible, docteur... C'est horrible, n'est-ce pas ?
— Cela se passera, ce n'est rien.
— Docteur, ce n'est pas de l'ail, c'est de l'arsenic ; je suis empoisonnée avec de l'arsenic !
Le Docteur, après une seconde de réflexion.
— Eh bien ! madame, s'il en est ainsi, n'y eût-il qu'un milligramme, nous le retrouverons à l'autopsie.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Diagnostic chimique, microscopique, et parasitologique par les Docteurs Guiart, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris et Grimbert, Professeur agrégé à l'Ecole Supérieure de Pharmacie de Paris. — Paris, 1906, Librairie de Rudeval.

Livre à l'usage des Médecins, des pharmaciens, des étudiants en médecine préparant le 3e examen (2e partie) et des étudiants en pharmacie. Cet ouvrage est avant tout un manuel pratique et non pas un traité encombré de renseignements bibliographiques. La technique bactériologique et l'examen microscopique des bactéries constituent la première partie du travail.

La seconde partie est consacrée à l'étude des principaux tissus. Le sang, le pus, les liquides pathologiques y sont étudiés au point de vue chimique, microscopique et parasitologique.

Les analyses du lait, des urines et du suc gastrique constituent une série d'autres chapitres.

Le programme de parasitologie y est exposé d'une façon nouvelle. On y trouve décrits successivement les parasites du sang, du nez, de l'oreille et de l'œil, ceux du poumon, de la bouche, du pharynx, de l'estomac, de l'intestin et du foie et ceux de la peau.

De nombreux dessins originaux d'une simplicité et d'une vérité parfaites facilitent la lecture et la compréhension du sujet et font de ce **Précis de diagnostic** un véritable atlas clinique que l'on peut considérer comme un guide très sûr et très utile pour l'étudiant et aussi pour le praticien.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

DU 8 JUILLET AU 4 AOUT 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	24	22
3 mois à un an	32	32
1 an à 2 ans	11	12
2 à 5 ans	2	3
5 à 20 ans	7	11
20 à 60 ans	45	45
60 ans et au-dessus	44	50
Total	165	175

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS — Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Erysipèle	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	12	3	»	»	»	»	»	»	3	18
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Tuberculose pulmonaire	3	6	6	6	5	6	2	4	2	»	»	40
Coqueluche	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Grippe	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Bronchite et pneumonie	»	4	»	4	1	2	1	1	»	»	»	13
Méningite tuberculeuse	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses	»	1	1	2	»	»	»	»	»	»	»	4
Cancer	1	1	3	6	5	4	1	»	4	»	»	25
Apoplexie cérébrale	1	4	6	2	1	2	2	1	2	»	»	21
Bronchite	»	»	2	1	»	2	1	»	»	»	»	6
Maladies organiques du cœur	2	3	1	4	2	2	»	»	5	»	1	20
Diarrhée et entérite, moins de 1 an	3	6	13	17	»	11	4	»	9	1	4	68
Diarrhée et entérite, de 1 à 2 ans	»	»	3	»	»	»	1	»	»	»	1	5
Diarrhée et entérite, plus de 2 ans	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Accident	1	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	4
Suicide	»	»	1	1	1	»	1	»	1	»	»	5
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres causes de décès	4	10	16	4	6	16	7	4	17	3	6	92
TOTAL des DÉCÈS	16	37	65	51	21	47	22	10	40	4	15	328
NAISSANCES par Quartier	21	34	51	82	34	25	25	25	58	12	15	382

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc.
Le Gérant : Th. CLERQUIN

N° 506. Dixième Année. N° 38. Le Numéro : 10 centimes 23 Septembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de nervo-tabes périphérique d'origine alcoolique

par **M. Breton** et **J. Minet**.

Nephtalie F..., 38 ans, institutrice, entre à l'hôpital de la charité, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, le 25 janvier 1906. Elle se plaint d'être paralysée des deux membres inférieurs depuis huit jours environ.

La malade fournit sur ses antécédents héréditaires les renseignements suivants : son père est mort à 54 ans d'hémorragie cérébrale, sa mère est décédée à 49 ans, après une longue affection utérine dont la nature n'est pas spécifiée ; tous deux étaient facilement irritables, mais n'avaient pas d'habitude d'alcoolisme invétéré. Un frère est mort de fièvre typhoïde contractée au régiment.

La malade a eu une broncho-pneumonie à l'âge de deux ans, une rougeole à 12 ans. Rien d'anormal du côté du système nerveux jusqu'au moment où les règles ont apparu. Nephtalie atteint alors sa seizième année. Elle prépare son concours à l'Ecole Normale, se livre à des fatigues intellectuelles, et le tout aidant, fait coup sur coup plusieurs séries de crises nerveuses que l'on peut étiqueter hystériques : la description qui nous en est faite ne laisse aucun doute à cet égard. Ces crises se répètent quelques mois, puis cessent complètement lorsque les règles se régularisent. La malade n'en conserve aucune trace, sauf une impressionnabilité trop grande. Elle pleure facilement ; à la moindre contrariété, elle est prise de tremblements qui la secouent et ne s'apaisent que dans une crise de larmes. A 23 ans, elle se marie. Elle a un seul enfant après 2 ans de mariage. Cet enfant naît à terme. Pas de fausses couches ; la santé de notre malade est excellente et rien ne peut laisser supposer l'installation d'une syphilis.

Nephtalie perd son mari en 1903, après une très courte maladie. Cette mort coïncidant avec la naissance d'une seconde enfant, frappe notre sujet. Le caractère s'assombrit et s'aigrit ; les occupations habituelles lui semblent pénibles et la malade renonce provisoirement à enseigner. Des discussions qui s'élèvent avec un beau fils aggravent l'état général. Nephtalie commence à boire quelques verres de cognac après le repas pour faciliter la digestion, dit-elle ; puis l'habitude aidant, la dose est augmentée.

Deux litres sont, par semaine, la ration habituelle. Jamais alors de crises nerveuses ne se déclarent et il semble que l'hystérie ne se manifeste plus bruyamment. Une accalmie se produit au début de 1904. La malade se rend compte du danger de ses excès éthyliques; elle cesse momentanément et est étonnée de recouvrer des forces qu'elle croyait perdues et qu'elle pensait réveiller par l'alcool. La perte de son enfant en octobre 1904, puis un désastre financier un mois après, lui font oublier ses résolutions. Elle boit de plus en plus et perd en même temps sa force musculaire. En janvier 1905, elle semble paralysée des deux membres inférieurs. Elle garde le lit quelques jours, et se fait bientôt transporter dans le service de M. le docteur Duret. Une hygiène rigoureuse, l'abstention d'alcool, des soins thérapeutiques améliorent rapidement la situation, Les bains, le massage, les pointes de feu à la région lombaire, l'électricité, semblent aussi s'adresser à la nature névropathique des accidents antérieurs.

Au bout de 3 mois, la malade, guérie, entre comme institutrice dans une maison particulière. Elle ne boit plus, le résultat thérapeutique semble acquis jusqu'au moment où le besoin d'alcool se manifeste. Nous sommes en octobre 1905. En l'espace de trois mois, les phénomènes primitifs réapparaissent: les douleurs, la faiblesse, les troubles de la marche, des pseudo-paralysies s'installent et conduisent la malade à l'hôpital le 25 janvier 1906.

Nous faisons remarquer que jamais Nephtalie n'a eu la syphilis, et qu'elle n'a présenté aucun signe d'intoxication plombique, où de toute autre nature.

Interrogée dès son entrée à l'hôpital, la malade nous fournit les renseignements que nous venons d'exposer. C'est dans la nuit du 21 janvier que les douleurs, qui duraient depuis un mois, ont atteint leur acmé; les phénomènes paralytiques ont apparu le lendemain. Ces derniers sont si accusés que la malade est tombée du lit et s'est fait des ecchymoses dont elle porte les traces.

Examinée le 26 janvier 1906, N..., semble assez fortement constituée. Le tissu adipeux sous-cutané est bien développé, la malade est couchée dans le décubitus dorsal. Elle parle avec volubilité, s'agite dans le lit, réclame des soins immédiats. Elle a eu une nuit d'insomnie, entrecoupée de rêvasseries. L'intelligence est intacte, fort bien développé. La malade ne cache aucune de ses tares, et n'hésite pas à reconnaître ses habitudes éthyliques.

État de la motilité. — *Face*: La figure est régulière et symétrique; légère bouffissure sous palpébrale. Ce qui frappe à première vue, c'est un ptosis double, plus marqué à gauche qu'à droite. La malade est obligée de rejeter la tête en arrière et de contracter les muscles occipital et frontal pour ouvrir les paupières. Il suffit d'abaisser celles-ci pour obtenir une obturation de l'œil.

Membres supérieurs: Les mouvements du bras sur l'épaule, de l'avant-bras sur le bras, de la main sur l'avant-bras, sont intacts. La flexion du poignet est peut-être plus lente que d'habitude, mais sans grande différence. L'atrophie n'est pas appréciable. La force dynamométrique est de 22 kilogrammètres, pour le membre droit, et 16 pour le gauche. Les mains et les bras sont agités d'un tremblement à petites oscillations latérales fines et rapides. Ce tremblement se calme au repos, mais s'exagère dans les mouvements intentionnels, sans toutefois provoquer une véritable incoordination motrice.

Membres inférieurs: Dans le décubitus dorsal, les mouvements semblent normaux, la malade soulève sans difficulté les jambes, les met l'une sur l'autre, ainsi qu'on lui commande. Elle touche cependant difficilement et avec hésitation, de la pointe de l'un ou de l'autre pied, la main placée au-dessus du plan du lit. L'occlusion des yeux exagère l'incoordination.

Les masses musculaires ne sont pas atrophiées apparemment mais l'adipose doit certainement masquer un degré d'atrophie. Il n'y a pas de paralysie. Cependant, il y a tout au moins paresse dans le groupe antéro-externe des deux jambes, puisque les deux pieds sont ballants à l'état de repos, avec un certain degré d'équinisme bilatéral. Le redressement du pied est obtenu par l'effort de la volonté. Lorsque l'on dit à la malade de résister aux mouvements d'extension de la cuisse sur l'abdomen, de la jambe sur la cuisse, on vainct très facilement une résistance faible, plus faible à droite qu'à gauche.

Si l'on fait lever la malade, celle-ci ne se met en marche que soutenue par des aides. Elle craint à chaque instant le dérobement des jambes. La malade ne steppe pas. Elle hésite à lancer en avant le pied qui balaye d'abord le sol de la pointe, puis brusquement elle le projette et celui-ci retombe en talonnant énergiquement. La station debout est possible, mais la malade oscille et tombe, s'il y a occlusion des paupières.

Les réflexes rotulien et achilléen sont abolis des deux côtés. Pas de contractions fibrillaires. La contractilité idio-musculaire ne paraît pas nettement exagérée.

L'état de la contractilité faradique recherchée par M. le professeur Bédart, est exprimé par le tableau suivant dont les chiffres répondent à des milliampères:

	Côté gauche		Côté droit	
Membre supérieur				
Cubital (au poignet)		3	1 ½	
1er interosseux		2	2 ½	
	—	+	—	+
Médian (partie interne du bras).	3 ½	7 ½	4	9
Extenseur et abducteur du	—	+	—	+
pouce	6	12	3	7
Membre inférieur				
	—	+	—	+
Nerf péronier latéral	3	7	2 ¼	7 ½
	—	+	—	+
Crural	4	9	4	10

État de la sensibilité — *Sensibilité spéciale*: respectée. Il y a rien à noter du côté de l'ouïe, de l'odorat du toucher et du goût.

Le 9 février 1906, alors que les phénomènes rétro

cédaient déjà, M. le docteur PAINBLAN a bien voulu, sur notre demande, pratiquer l'examen ophtalmologique de la malade, il nous a communiqué la note suivante : léger ptosis à gauche. Pupilles dilatées. Le réflexe pupillaire à la lumière existe, mais est affaibli. Décoloration partielle de la pupille, peu marquée à droite, bien visible à gauche.

V = O D 0,4
O G 0,2

Scotome central, relatif pour le blanc, absolu pour les couleurs (rouge et vert). Limites extérieures du champ visuel, normales pour le blanc et les couleurs.

Un second examen pratiqué le 2 mars montre que le ptosis a disparu : Les pupilles sont encore dilatées, la réaction lumineuse est plus marquée.

V = O D 0,6
O G 0,5

Le scotome n'existe plus pour le blanc, persiste pour les couleurs.

SENSIBILITÉ GÉNÉRALE. — La *sensibilité tactile* est augmentée pour les membres inférieurs, mais diminuée pour les supérieurs. Il n'y a pas de zone d'anesthésie véritable, ni d'hyperesthésie. La pression des masses musculaires de la cuisse et du mollet est très douloureuse ; très douloureuse aussi la pression des troncs nerveux, grand sciatique et crural. Le réflexe plantaire est exagéré, mais se fait en flexion.

Sensibilité à la douleur légèrement augmentée aux membres inférieurs, diminuée aux supérieurs.

Sensibilité à la température normale.

Pas de troubles vaso-moteurs et trophiques. Pas d'œdème. Les sphincters sont intacts.

Etat général. — Rien à noter du côté du *tube digestif.* Il y eut autrefois anorexie et pituite matutinale, actuellement ces symptômes ont disparu.

Cœur. — Les battements sont fréquents, réguliers. Rien de particulier à l'auscultation. Les artères sont souples, 140 pulsations à la minute.

Poumons. — Respiration normale des deux côtés. Aucun signe stéthoscopique particulier.

Reins. — L'urine ne contient ni albumine, ni sucre.

Organes génitaux. — Rien à noter.

La malade soumise à une hygiène sévère, traitée par les courants électriques et la strychnine a vu successivement les phénomènes précédents s'amender. Elle est actuellement complètement guérie, mais la tachycardie persiste encore. Dernièrement la malade a fait une congestion pulmonaire des deux sommets et un épanchement pleurétique est apparu à droite. L'administration d'une potion de TODD a été suivie de la réapparition du ptosis qui a affirmé ainsi la nature de l'affection que la malade avait présentée antérieurement.

L'observation précédente peut être intitulée nervo-tabes alcoolique avec participation du pneumogastrique ; la tachycardie prolongée ne pouvant s'expliquer que par une névrite du vague.

L'histoire clinique de notre malade est semblable à celle que publia dans les *Archives de physiologie,* en 1887, M. DÉJERINE. Celui-ci, étudiant la névrite alcoolique, montra la difficulté du diagnostic d'avec le tabes vrai, et outre certains petits signes différentiels il insista sur les principales localisations musculaires et sur la possibilité de voir l'alcool porter son action non seulement sur la sensibilité et la motilité volontaire, mais encore sur des nerfs résistant à l'influence de la volonté, le pneumogastrique par exemple. La confirmation du fait clinique apporté par M. DÉJERINE s'est vue souvent depuis ce travail, mais aucun auteur n'a semblé ajouter que cette complication constituait un facteur de gravité exceptionnelle. Personnellement, nous nous sommes demandé si l'apparition d'une affection pulmonaire au moment où la tachycardie était prononcée, n'était pas facilitée par la lésion du pneumogastrique. Bien que nous ne puissions apporter aucun argument probant en faveur de cette thèse, celle-ci ne nous semble pas invraisemblable et nous ne saurions trop rappeler à quel point la découverte d'une tachycardie au cours de certaines maladies infectieuses, fait prévoir l'apparition d'une complication pulmonaire ou d'une syncope cardiaque.

Une autre particularité de l'observation que nous rapportons mérite d'être signalée : C'est l'existence de troubles moteurs dans la musculature externe de l'œil. L'absence de phénomènes oculo-pupillaires, a été pendant longtemps considérée comme un signe capital du nervo-tabes, M. DÉJERINE avait signalé la valeur diagnostique du facteur et LEVAL-PIQUECHEF considérait encore cette absence comme un élément de diagnostic différentiel du tabes. Les premiers doutes survinrent à la lecture des observations de BOURDON, de SCHULTZE et LILIENFELD. MM. DÉJERINE et SOLLIER, après avoir constaté, soit seuls, soit avec MM. HUCHARD et RAYMOND des paralysies alcooliques de la 3e et de la 6e paire, n'hésitèrent pas à reconnaître l'absolu exagéré de leur affirmation première. Cependant l'adaptation à l'idée nouvelle ne fut pas immédiate, puisque une note parue dans la *Revue Neurologique* de 1893, due au professeur CHARCOT, rédigée par M. DUTIL et intéressant un cas de paraplégie alcoolique mettait en doute le fait. L'intérêt de l'observation

de M. Charcot résidait dans la présence d'un ensemble de symptômes oculaires que l'on ne rencontrait guère dans le tableau de la polynévrite alcoolique ; rétrécissement double et concentrique du champ visuel, diplopie par contracture des muscles externes dans les mouvements associés et paralysie systématique des paupières. Ces phénomènes, nous disait le professeur Charcot, ne rentraient pas dans la catégorie des troubles oculaires que l'intoxication alcoolique était susceptible de déterminer, et dans la discussion qui suivait l'exposé des faits cliniques, le Maître était conduit à les interpréter comme étant de nature fonctionnelle. Il écartait l'hypothèse d'une altération organique périphérique ou centrale.

Actuellement, en présence de phénomènes sensitivo-moteurs intéressant les membres et les organes sensoriels, nous n'hésiterions pas à les considérer comme dépendant d'une cause unique : l'intoxication et à en faire des polynévrites de même nature. Les observations de Thomson, de Pitres, etc., celle due à M. Ingelrans et récemment publiée dans la thèse de M. Bertrand, enfin de nombreux faits anatomo-pathologiques, sont confirmatifs à cet égard. Nous voyons donc quelle est l'étendue des territoires moteurs et sensitifs qui peuvent être altérés par une intoxication, et le domaine des polynévrites a tendance à s'élargir tous les jours.

Le cas actuel qui peut être considéré comme un type de la forme paralytique de la névrite alcoolique nous a donc semblé intéressant à plusieurs points de vue : il montre à quel point est délicat le diagnostic différentiel du tabes et combien sont étroites les ressemblances cliniques des deux affections, fait qui ne doit pas étonner le clinicien puisqu'il s'agit dans les deux cas de lésions différentes par leur origine, mais cantonnés sur des points du névraxe dont la distribution territoriale se juxtapose.

Nous voyons enfin l'importance que pourrait prendre en semblable cas, la constatation d'un symptôme pathognomonique d'une affection, du signe d'Argyll par exemple dans le tabes, puisque sur lui seul peut reposer parfois l'absolu d'un diagnostic.

Difficultés de diagnostic de certaines tumeurs hépatiques et vésiculaires. — Un cas d'hépatopexie et deux cholécystectomies.

Par M. le docteur **René Le Fort**, professeur agrégé de chirurgie.

Dans la séance du 24 juillet 1903, je rapportais trois cas de lithiase vésiculaire ayant simulé d'autres affections, et j'insistais sur la difficulté réelle du diagnostic de la lithiase dans certains cas d'accidents chirurgicaux. Les deux observations suivantes viennent confirmer mon opinion ancienne sur les difficultés du diagnostic.

Dans un des faits que j'ai rapportés il y a trois ans, j'avais constaté l'absence absolue de tout symptôme hépatique, la sonorité antérieure et le ballottement très net de la tumeur qui devaient faire conclure à une tumeur du rein.

Dans les deux observations suivantes, le diagnostic logique, établi d'après les signes physiques constatés, devait être affection du rein et non de la vésicule.

Dans le premier cas, il s'agit d'une malade d'une cinquantaine d'années qui présente une tumeur du flanc droit qui occasionne de la gêne et des douleurs. Je vois la malade pour la première fois le 6 juin en consultation avec mon excellent confrère M. le docteur Gallois. La malade a dans ses antécédents des coliques hépatiques et aussi un diabète assez grave (45 gr. de sucre environ par litre) qui a disparu récemment sous l'influence du régime. Depuis six mois, la tumeur, découverte alors par M. Gallois, n'a guère changé de volume. Elle a les dimensions d'une tête de fœtus à terme, sous les fausses côtes. Elle paraît présenter un bord un peu mince en dedans. La malade est grasse et les sensations peu nettes ; pourtant, on croirait volontiers que la tumeur se continue avec le foie qui, en dedans, déborde les fausses côtes d'au moins deux travers de doigts. Il n'y a pas de ballottement rénal. La tumeur paraît suivre les mouvements respiratoires. Il semble donc bien, malgré le manque absolu de netteté de tous ces symptômes, qu'on puisse la rattacher au foie, mais elle présente, de la façon la plus évidente, une sonorité constatée par M. Gallois, M. Vandeputte et par moi.

Instruit par le fait rapporté il y a trois ans, je n'exclus pas pour cette raison le diagnostic de tumeur hépatique ou vésiculaire et conclus, avec réserves, à une cholécystite.

Rien d'anormal dans les urines.

Le volume, l'indolence relative de la tumeur auraient pu faire songer à un kyste hydatique qui m'a paru peu probable, en raison surtout de l'extrême rareté de ces kystes dans la région du Nord.

Quelques jours plus tard, je fais un nouvel examen et renouvelle les constatations précédentes et le 28 juin je procède à la laparotomie avec l'aide de MM. les docteurs

Gallois, Vandeputte et Julien. L'incision latérale sur le bord externe du droit conduit sur le foie qui descend très bas. La tumeur est un lobe flottant du foie recouvrant une vésicule située en arrière et en dedans et bourrée de calculs. Je pratique la cholécystectomie totale, sans difficultés particulières, bien que gêné par le lobe hépatique, puis je passe dans les replis péritonéaux qui entouraient la vésicule, ainsi que dans la capsule de Glisson, des fils de catgut et je relève le lobe hépatique et le foie le plus haut possible en passant les fils dans les aponévroses résistantes de l'abdomen. Drainage. La vésicule, que voici, contenait 28 calculs du volume d'un pois à une noisette. Suites des plus simples.

Le 6 juillet, on enlève les fils, réunion per primam sans aucun incident.

Le point que je désire mettre en lumière dans cette observation, c'est l'existence d'une zone de sonorité antérieure dans une tumeur dépendant du foie. Ce fait, que j'avais déjà eu l'occasion de constater il y a trois ans, n'était pas dû, comme je l'avais pensé d'abord, au passage d'une anse intestinale en avant du bord hépatique, mais bien à la sonorité de l'intestin dilaté en arrière de la tumeur et cela sans que la percussion la plus superficielle permît de déceler la moindre matité superficielle. Cet examen a été fait à diverses reprises par des médecins distingués qui ont toujours trouvé la sonorité la plus franche. Le ventre ouvert, le foie visible entre les lèvres écartées par la plaie, j'ai pratiqué de nouveau la percussion toujours avec le même résultat. Je ne cherche pas à interpréter les faits. Il est classique, et je l'ai fait souvent, comme tout le monde, de chercher par la percussion la limite inférieure du foie. Cela est très facile ordinairement mais il est bon de savoir que dans certains cas la percussion ne fournit pas le renseignement cherché. J'ai eu l'occasion de faire la même constatation dans un autre cas en présence d'un malade chez qui médecins et chirurgiens percutaient le foie pour y chercher la sonorité superficielle classique pathognomonique de la présence de gaz dans le péritoine. Y avait-il des gaz? La percussion dit oui, la laparotomie dit non.

Dans le fait rapporté plus haut, les signes physiques n'excluaient pas complètement le diagnostic d'affection hépatique. Dans celui-ci, le diagnostic d'affection rénale fut posé catégoriquement.

Il s'agit d'une malade que je vis en consultation à Hesdin, avec mon excellent confrère le docteur Testu, le 18 mai 1906. M. le docteur Testu pensait à un rein mobile.

J'examinai la malade avec soin, et trouvant une tumeur assez résistante, mobile de bas en haut, réductible sous les côtes à droite, descendant librement dans l'abdomen, ne suivant pas les mouvements respiratoires, *sonore antérieurement*, je fis le diagnostic de rein mobile. La malade fut adressée à M. le professeur Carlier. C'est assez dire avec quel soin et quelle compétence elle fut examinée. M. le professeur Carlier conclut à un rein mobile, fit l'incision rénale et constata que le rein était à sa place. La malade rétablie en quelques jours fut envoyée dans le service de M. le professeur Folet, où je l'ai opérée avant-hier 11 juillet.

L'incision sur le bord externe du droit conduit sur une grosse vésicule, très longue, bourrée de calculs, dont le doigt ne peut atteindre l'extrémité cystique. Je libère le fond de la vésicule, et c'est seulement après libération de huit centimètres environ de vésicule qu'on arrive à sentir le canal cystico-vésiculaire non dilaté. Le col de la vésicule, ou le cystique, est rempli par un calcul gros comme une forte noisette, et à ce niveau, le tissu est friable et il y a des adhérences difficiles à dégager. Une ligature est placée au-delà du dernier calcul sur le cystique et la vésicule est enlevée. Rétractée, elle mesure quatorze centimètres de long. Elle contenait 44 calculs que voici. La malade a mal supporté ses deux chloroformisations, et elle vient de succomber ce soir (1).

ACCIDENT DE TRAVAIL

Un cas de pneumonie traumatique

par le Dr P. Paquet, de Douai, ex-interne des Hôpitaux de Lille.

Commis par M. le Juge de Paix du Canton de ...., j'ai pratiqué le 10 juillet 1906 une autopsie après exhumation. Les faits que j'ai constatés pouvant présenter quelque intérêt, au point de vue des complications éventuelles des accidents du travail, j'ai cru intéressant de les relater, avec les quelques observations qui s'y rattachent.

Le 13 mai 1906, X... était occupé à descendre une pièce de vin dans la cave de son patron. Etant, par profession, garçon brasseur, il opérait cette descente, aidé par un camarade, en portant le fût avec un tinet (pièce de bois munie de chaînes, avec laquelle on porte habituellement les tonneaux de bière). A un certain moment, X..., qui était derrière son camarade, se plaignit subitement d'une douleur vive, siégeant à la partie antéro-latérale droite du thorax. Il a été impossible de savoir d'une façon précise si une compression avait eu lieu, et si le blessé avait été serré entre la pièce qu'il portait et le mur. Il put pourtant continuer son travail ce jour-là, quoique se plaignant un peu de son côté.

(1) L'autopsie a démontré une dilatation aiguë de l'estomac, qui avait été diagnostiquée pendant la vie. Le lavage de l'estomac, prescrit, a malheureusement été omis.

La veille, suivant la veuve de X..., celui-ci avait été particulièrement gai durant la journée et la soirée. Le lendemain de l'accident, il essaya de reprendre son travail, mais il dut cesser après une demi-heure. Il rentra chez lui, souffrant beaucoup du côté droit, ayant une fièvre vive et de l'oppression. Celles-ci ont duré jusqu'à la mort, qui est survenue le 6 avril. X... n'a jamais craché de sang durant sa maladie : mais il a eu des expectorations épaisses et très adhérentes. Huit ou dix jours avant le décès, il a eu une expectoration très abondante, une vomique probablement.

Le médecin qui l'a soigné n'a pas constaté de marque extérieure de blessure. Il a porté le diagnostic de broncho-pneumonie, compliquée plus tard de pleurésie. Il fit, la veille de la mort, une pleurotomie : il s'écoula une certaine quantité de liquide louche et sanguinolent.

Résumé de l'autopsie (faite 3 mois après le décès). — En séparant la peau et les muscles du gril costal, on constate, au niveau de la 3me côte droite, un peu en dehors de l'articulation chondro-costale, une plaque noire, de la taille d'une pièce de cinq francs, couleur de suie. Cette coloration intéresse le 3e espace intercostal, le tissu cellulaire et l'aponévrose pectorale profonde. Le muscle lui-même est sain. Les parties noires se détachent facilement avec le scalpel. Le périoste, détaché à la rugine, laisse à nu un os normal, sans trace de fracture ni de cal. Mais, au niveau du bord inférieur de la côte, on voit nettement un vaisseau sanguin, assez volumineux, dont la paroi est également noire, mais qui ne renferme aucun liquide (ce qui est normal trois mois après le décès : il ne reste plus de sang dans les vaisseaux).

Des plaques noires, analogues à la précédente, sont constatées au niveau de la 7me côte droite et de la 3me côte gauche, toujours à la partie antérieure du thorax. Il n'y a aucune trace de fracture de côte, ancienne ou récente. Il n'y a pas de vestiges d'ecchymoses sur la peau, au niveau de ces plaques.

A l'ouverture du thorax, on constate que le poumon droit est refoulé en partie dans la gouttière vertébrale. Il ne présente pas de déchirure visible. Dans la partie la plus déclive de la plèvre se trouve du liquide épais, rouge noirâtre, visqueux (200 c.m.c. environ). Il existe des signes de bronchite généralisée, de broncho-pneumonie du lobe moyen droit, d'hépatisation du lobe supérieur gauche. Il n'y a pas de tuberculose pulmonaire.

Le cœur est mou, dilaté, de couleur de feuille morte.

L'aorte est saine, souple, ne présentant pas de traces d'athérome.

Rien à noter au sujet des autres organes.

L'examen des cavités thoracique et abdominale par leur face interne permet de reconnaître que les plaques noires signalées dans l'épaisseur de la paroi thoracique correspondent à une coloration noire de la plèvre pariétale aux mêmes points, sans lésions osseuses.

Il résulte de ces faits que le décès de X... a été occasionné par une pneumonie double et une pleurésie hémorrhagique du côté droit. Ce décès est survenu 22 jours après un accident du travail.

Y a-t-il relation de cause à effet entre cet accident et la maladie qui a causé la mort?

Il paraît absolument certain que X. était en parfait état de santé la veille de l'accident. Le lundi matin, au cours de son travail, il accuse une douleur très vive dans le côté. Cette douleur brusque fait son apparition au moment précis où, aidé par un camarade, il porte sur l'épaule droite une pièce de bois à laquelle est suspendue une pièce de vin pleine, le tout pesant environ 250 kgr. Il accuse cette douleur et son apparition subite avant même de continuer son travail ; mais c'est le lendemain seulement qu'il doit s'aliter.

Cette douleur vive et subite est-elle le premier symptôme de la pneumonie ? Le point de côté initial de cette maladie, ce « début solennel » est accompagné habituellement d'un frisson violent et d'une fièvre vive. Et ce n'est pas dans de telles conditions qu'un homme, si vigoureux qu'il puisse être, peut continuer à faire des travaux de force, comme ceux qu'effectue un garçon brasseur. Telle est l'opinion formelle de M. le Professeur THOINOT (1).

Mais le lendemain apparaissent la fièvre vive, l'étouffement et la toux : la pneumonie a débuté.

Le peu de temps qui a séparé l'apparition de la douleur et les premiers signes nets de la maladie permet-il de rattacher ces faits les uns aux autres ? M. THOINOT (2) dit que le début de l'affection pulmonaire est souvent noté dans les 24 heures mêmes qui suivent l'accident. Il cite même deux cas dans lesquels cet espace de temps n'a été que de quelques heures, *les blessés ayant pu continuer entre temps à se livrer à leurs occupations*. Il ne paraît donc pas pouvoir être émis de doutes au sujet de la possibilité d'un début rapide.

L'absence, ou plus exactement la non constatation d'ecchymose sur le tégument cutané doit-elle être invoquée contre l'hypothèse de l'origine traumatique de la pneumonie ?

Dans une observation du professeur BROUARDEL, citée par THOINOT (3), ce maître a pu conclure, quoique n'ayant pas fait l'autopsie, et *n'ayant pas vu le corps*, n'ayant par conséquent pas pu constater

(1) La pneumonie traumatique, in Annales d'Hygiène publique et de Médecine Légale, juillet 1893, page 20 et suivantes.

(2) Loco citato.

(3) Loco citato.

d'ecchymose, qu'une pneumonie mortelle a débuté 7 à 8 heures après l'accident, et que celui-ci en était la cause ; il a pu établir seulement que la veille le blessé était en parfait état de santé, que le début a été brusque, et que le médecin n'a pas constaté de fractures de côtes. Ce cas est tout à fait semblable à celui de X...

Cette absence de fracture de côtes est également notée par JAUMES et ESTOR (1), qui disent : « dans les « violentes contusions du thorax, les lésions pulmo- « naires sont souvent indépendantes des fractures, « et ne sont pas occasionnées par les extrémités des « fragments des côtes fracturées ».

L'absence d'ecchymose cutanée et de fracture des côtes ne peut donc pas être invoquée contre l'origine traumatique de la pneumonie.

Il n'y avait pas de fracture de côtes ; mais l'autopsie a permis de reconnaître l'existence de trois « taches noires » siégeant au niveau de la plèvre costale, et intéressant les espaces intercostaux, le périoste costal, le tissu cellulaire, jusques et y compris l'aponévrose pectorale profonde ; les muscles étaient intacts à ce niveau, et ne présentaient pas de trace d'infiltration sanguine. Au niveau d'une de ces taches, on pouvait voir un vaisseau sanguin, présentant également une coloration noire. Ces taches, situées au niveau de la partie profonde de la paroi thoracique, étaient le résidu d'ecchymoses, et celles-ci n'ont pu se produire sans qu'il y ait eu contusion accidentelle. Il peut en effet exister des ecchymoses profondes sans modification de la couleur de la peau.

« A la suite d'une contusion, l'ecchymose peut se « produire non pas sur la portion de la peau qui a été « atteinte, mais dans l'épaisseur ou à la face profonde « du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Il en résulte « que l'ecchymose n'est pas appréciable à l'extérieur. « Quelquefois l'extravasation sanguine se fait unique- « ment dans les parties plus profondes encore : entre « les muscles fessiers ou pectoraux par exemple, et il « n'y a pas d'ecchymoses sur la partie de la peau qui « a été contusionnée (2). »

X.... a succombé 22 jours après le début de la maladie. Il est certain que cette durée dépasse de beaucoup celle de la pneumonie. Mais l'état des poumons prouve qu'il y a eu, outre la pleurésie, deux affections pulmonaires successives et indépendantes l'une de l'autre, une broncho-pneumonie droite, puis une pneumonie du lobe supérieur gauche, qui était en résolution au moment de la mort.

(1) Travail analysé dans les Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale. — Septembre 1893.

(2) VIBERT, précis de Médecine légale.

Mais, même si c'est la pneumonie gauche qui a déterminé la mort, on ne peut en déduire que celle-ci n'a pas été causée par l'accident.

M. THOINOT dit en effet (loco citato) : « Le passage « d'un poumon à l'autre ou mieux l'envahissement « du poumon non contus et d'abord indemme s'ob- « serve avec une fréquence relative assez grande,» et, au point de vue de l'éloignement du décès, il cite deux cas sur treize où le délai a dépassé 3 semaines.

J'ai donc conclu au décès par affections pulmonaire et pleurale, ayant débuté brusquement, en pleine santé, le lendemain d'un accident du travail, avec existence d'ecchymoses thoraciques profondes, attestant une contusion violente de la poitrine, cause indirecte de la mort (1).

Cancer de l'ampoule de Vater
Lithiase biliaire, atrophie du cholécyste, symphyse pleuro-péricardique

par MM. **Raviart**, médecin-adjoint, et **Lorthiois**, interne
de l'asile d'aliénés d'Armentières

Ayant eu la bonne fortune de rencontrer un nouveau cas de cancer de l'ampoule de Vater, nous avons pensé qu'il serait utile d'en publier l'observation à cause de la rareté de cette lésion, et parce que le cas rapporté aujourd'hui diffère par de nombreux points de celui que nous avons publié dans ce journal le 19 février 1905.

OBSERVATION. — F...P., 51 ans, officier d'administration en retraite, fut admis à l'asile d'aliénés d'Armentières le 7 janvier 1899, présentant un affaiblissement des facultés intellectuelles avec désordre extrême des actes et des idées ; d'aspect cachectique, on constatait chez lui les signes physiques d'une sénilité précoce.

A diverses reprises, depuis son entrée, ce malade présenta des signes d'ictère par rétention, attribué à la lithiase biliaire, troubles qui s'amendaient ordinairement après un traitement de quelques semaines.

C'est au cours de semblables accidents qui débutèrent le 17 mars de cette année que le malade succombe le 24 du même mois, alors qu'il n'avait jusque là présenté aucun phénomène inquiétant : il eut une syncope et, malgré les injections d'éther et de caféine qui lui furent faites, il mourut de collapsus cardiaque le lendemain matin.

A *l'autopsie*, pratiquée 24 heures après la mort, nous pûmes constater les lésions suivantes :

(1) La Compagnie d'Assurance, après l'autopsie, et sans débat devant le Tribunal, a fait faire à la Veuve X.... des propositions de rente conformes à la loi sur les accidents du travail.

L'ouverture de l'abdomen montrait de multiples et solides adhérences unissant la vésicule biliaire aux anses intestinales voisines, dont la mobilisation, celle du côlon transverse notamment, fut très difficile. Après s'être livré à une véritable dissection, au cours de laquelle bon nombre de petits ganglions lymphatiques furent enlevés, on put constater que la vésicule biliaire était réduite à l'état de moignon long de 3 centimètres, présentant un diamètre de 1 centimètre et demi ; incisée, il s'en écoulait quelques gouttes d'un liquide louche et on pouvait voir à l'intérieur de sa cavité infiniment réduite, au milieu des bourgeons émanés de sa muqueuse, 5 à 6 petits calculs noirâtres, d'un diamètre de quelques millimètres.

Contrastant avec l'atrophie vésiculaire, les canaux hépatique et cholédoque présentaient un volume considérable, tout-à-fait comparable à celui d'une vésicule normalement distendue de bile. Le palper révélait déjà que leur contenu était solide ; de fait l'incision permettait d'en extraire un volumineux calcul moulé sur leurs parois, long de 5 centimètres, présentant une circonférence de pareille dimension, d'un noir de jais à sa périphérie et présentant à la coupe une coloration ocre. Outre ce volumineux calcul, les voies biliaires dilatées en contenaient une infinité d'autres plus petits, achevant de combler leur lumière.

Du côté du duodénum, on constate que la région de l'ampoule de Vater forme une saillie d'environ un centimètre et demi de long sur un centimètre de large, élevée de un demi centimètre.

L'incision longitudinale de l'ampoule de Vater montre que ses parois sont le siège d'une néoplasie gris jaunâtre intéressant toute leur circonférence sur une hauteur de plus d'un centimètre, et présentant une épaisseur décroissant de bas en haut et variant de un demi centimètre à deux millimètres.

On peut nettement constater que l'extrémité inférieure du canal cholédoque n'est pas oblitérée et simplement considérablement réduite.

La tête du pancréas est indemne.

Notons ici qu'à deux centimètres en aval de l'ampoule existe une petite tumeur de la muqueuse intestinale du volume d'une lentille et présentant à la section le même aspect que la tumeur de l'ampoule.

Le foie était vert, imprégné de bile et présentait de nombreux kystes biliaires.

La rate était volumineuse, dure à la section ; elle pesait 250 grammes. Du côté du thorax, on notait des adhérences pleurales droites généralisées, faciles à rompre ; une symphyse totale du péricarde d'origine récente, facilement supprimée par le doigt. Un athérome aortique extrêmement accusé : nombreuses plaques calcaires ulcérées dont quelques-unes étaient le siège de coagulations fibrineuses flottant dans la lumière du vaisseau.

Le cerveau ne présentait rien d'autre à signaler qu'un athérome artériel prononcé.

L'*examen histologique* de la néoplasie nous a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique paraissant s'être développé aux dépens de l'épithélioma de la muqueuse de l'ampoule de Vater.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : d'abord, à cause de la coexistence de la lithiase biliaire et du cancer de l'ampoule,. ensuite en raison des lésions secondaires consécutives à l'infection des voies biliaires : l'existence d'une symphyse péricardique n'ayant en effet été que rarement signalée dans ces conditions.

Si nous rapprochons cette observation de celle que nous avons antérieurement publiée, nous voyons qu'elle en diffère totalement, et que d'autre part l'une et l'autre ne répondent pas au syndrôme que l'on a décrit comme étant réalisé par le cancer de l'ampoule de Vater.

Dans notre premier cas, il y avait cancer sans lithiase ; les voies biliaires étaient considérablement dilatées, et la vésicule, longue de treize centimètres, présentait une circonférence de seize centimètres. Ici, au contraire, l'association de la lithiase a réalisé un aspect anatomique tout différent, et c'est une vésicule rétractée que nous rencontrons.

Comme l'a fait justement remarquer M. le professeur Surmont, lorsque nous avons présenté cette pièce à la Société de médecine du Nord, l'atrophie du cholécyste nous renseigne ici sur la chronologie des lésions ; elle témoigne de l'ancienneté plus grande de la lithiase qui a pu provoquer la sclérose atrophique de la vésicule avant que le cancer de l'ampoule ne soit venu, en provoquant la rétention biliaire, déterminer, comme il le fait ordinairement, la dilatation des voies d'excrétion de la bile.

Quant à la question de savoir si la lithiase biliaire a joué un rôle plus ou moins important dans l'apparition du cancer de l'ampoule, rien ne nous permet de la résoudre.

Au point de vue clinique, nous voyons que notre premier malade présenta un ictère progressif, n'eut pas de diarrhée, maigrit considérablement et mourut de péritonite ; le second n'eut que des poussées intermittentes d'ictère, fut toujours constipé, mourut de collapsus cardiaque sans présenter d'amaigrissement.

Dans aucun de ces cas ne se rencontre, on le voit : la diarrhée rebelle et intense signalée par Rendu comme étant un bon élément de diagnostic du cancer de l'ampoule.

Si bien que nous pouvons terminer, en concluant, que la symptomatologie du cancer de l'ampoule de Vater est variable et que son diagnostic est presque impossible.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Juillet 1906

Présidence de M. Noquet, président.

Prolapsus du rectum chez un enfant. Opération de Thiersch.

M. Gaudier — Prolapsus du rectum depuis la naissance chez un enfant de 9 mois, athrepsique. Il existait des ulcérations superficielles de l'intestin et de l'érythème de la région fessière, incontinence, diarrhée.

Opération de Thiersch, c'est-à-dire création d'un sphincter artificiel *au fil d'argent ;* au moyen d'une aiguille d'Emmet, on passe le fil dans la région sous-cutanée circonférentiellement à l'anus et à un centimètre et demi de l'anus. Les deux extrémités du fil sortent par la même piqûre de la peau, puis on noue ou l'on tord, pendant que l'aide, qui a réduit le prolapsus, retire son doigt petit à petit et avertit du degré de serrement qui ne doit pas être trop considérable, sous peine d'accidents d'obstruction intestinale.

Etat actuel très satisfaisant. Continence, selles moulées. Pas de réaction opératoire.

Ostéomyélite temporo pariétale gauche consécutive à une otite moyenne gauche chez une enfant de 4 ans 1/2

MM. le professeur Gaudier et Bernard, interne des Hôpitaux, rapportent avec pièces anatomiques à l'appui l'histoire d'une fillette de 4 ans 1/2, entrée à la clinique chirurgicale infantile pour une fistule de la région mastoïdienne, otorrhée et symptômes généraux graves à allure typhoïde. Il s'agit d'une enfant émaciée, blême, qui, dans le courant d'une otite moyenne gauche peu ancienne fit, il y a deux mois, à la suite d'un traumatisme sans plaie (coup de pierre sur la région temporale), du gonflement rapide de la région mastoïdienne, sus et rétro-mastoïdienne, avec température, frissons et diarrhée. Le tout se ramollit bientôt et une fistule spontanée en la région mastoïdienne laissa s'écouler beaucoup de pus d'abord, de sang ensuite, au moindre attouchement.

C'est dans un état déplorable que cette enfant entre à la clinique. Il existe un peu d'albumine dans les urines et l'état est si misérable que l'enfant ne paraît pas pouvoir supporter l'opération. Pourtant, après plusieurs injections de sérum et le minimum de chloroforme donné à la compresse, on procède à une intervention.

Toute la région temporo-occipitale est distendue par un empâtement dont les limites sont brusques. Le doigt y marque un godet. La pression autour de la fistule donne lieu à un saignement abondant. Une large incision cruciale découvre l'os blanc mort, perforé comme par les termites avec des fentes par où sortent des bourgeons charnus très saignants. La pince enlève facilement les fragments que nous présentons. Au-dessous, une épaisse couche de fongosités tapisse la dure-mère. Les limites de l'os malade sont des plus nettes, car celui-ci se limite aux trois fragments enlevés. Au pourtour de la dure-mère adhère à l'os ainsi que le cuir chevelu et il est très facile de se limiter ; à la partie inférieure, comme le montre la figure, le sinus latéral dessine son relief ; il n'est pas thrombosé. La mastoïde friable est évidée à la curette et l'on termine par l'évidement pétromastoïdien. Attouchement au chlorure de zinc. Drainage et suture des lambeaux cutanés. Pansement modérément compressif ; caféine-éther, injections de sérum permettant à la malade de surmonter le choc, et actuellement, quatre jours après l'opération, son état est satisfaisant.

Il s'agit là d'une lésion rare, et Guisez, dans son remarquable rapport de mai 1906 à la Société française d'Otologie, en fait l'histoire complète basée sur 26 observations qu'il a pu réunir.

Cette ostéomyélite mérite une grande place dans le chapitre des complications des otites.

M. Bédart demande si après enlèvement du séquestre la partie inférieure n'était pas animée de battements.

M. Gaudier répond négativement.

Maladie de Friedreich. Rééducation motrice

MM. Patoir, Raviart et Duvivier. — Nous vous avons communiqué au cours de la séance du 28 juillet 1905 l'observation d'un garçon, alors âgé de 15 ans, atteint de maladie de Friedreich, chez lequel nous nous proposions de tenter la rééducation motrice. Nous avons mis en pratique la série des exercices préconisés par Frenkel, le malade étant successivement couché, assis, debout et immobile, marchant. Vous pouvez juger d'après les divers spécimens d'écriture que nous vous présentons qu'une amélioration réelle s'est produite de ce côté. En ce qui concerne l'équilibre, les progrès ont été plus lents, cependant le petit malade qui, il y a quelques mois, ne pouvait parvenir à sa tenir debout, peut actuellement le faire et rester ainsi durant 25 à 30 secondes.

Enfin, l'état général est très amélioré et la différence de poids entre juillet 1905 et juillet 1906 se traduit par une augmentation de 17 kilogrammes.

De l'influence des maladies infectieuses sur l'évolution de l'épilepsie et des psychoses

M. Raviart, au nom de M. Chardon et au sien, fait sur ce sujet une communication que nous publierons in extenso.

Cancer de l'ampoule de Vater. — Lithiase biliaire, atrophie du cholécyste. Symphyse pleuro-péricardique

MM. Raviart et Lorthiois. — L'observation est *publiée in-intenso dans le présent numéro*.

Note sur un cas d'ankylostomiase méconnu pendant 4 ans

MM. Surmont et Dehon rapportent l'observation d'un malade de 19 ans et demi, ouvrier verrier, atteint d'ankylostomiase.

Ce malade fut adressé à M. Surmont, au mois de février 1906, par le docteur Chuffart, de Marquette-Bouchain, pour des phénomènes de chloro-anémie remontant à deux ans. P... présentait quelques signes sthétoscopiques nets d'une tuberculose pulmonaire droite tout à fait au début. Ces signes furent, au reste, confirmés par l'examen radioscopique, lequel révéla, au surplus, l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique assez accusée. Toutefois, la longue durée de l'anémie, et son intensité, étaient disproportionnées par rapport à l'étendue très minime des lésions pulmonaires dont le début paraissait récent; il semblait que l'on dût rechercher l'origine de la maladie ailleurs que dans l'infection tuberculeuse. On ne pouvait, néanmoins, s'arrêter à l'hypothèse d'une anémie pernicieuse progressive, ni à celle d'une leucémie, en l'absence de tous signes de ces deux maladies.

L'examen du sang, pratiqué immédiatement, mit aussitôt sur la voie du diagnostic. Cet examen donna les résultats suivants :

Hématies : 2.591.000
Leucocytes : 6237

Hémoglobine (à l'hématomètre de Fleisch) 25 °/₀
Formule leucocytaire : mononucléaires : 17 °/₀
» » » polynucléaires : 83 °/₀
» » » éosinophiles : 20 °/₀

Il existait une anisocytose et une poïkilocytose marquées ; un certain degré de polychromasie ; mais pas d'éléments anormaux : pas de myélocytes ni d'hématies nucléées, en particulier.

En présence d'une éosinophilie aussi marquée (20 °/₀), on devait tout naturellement songer à l'existence d'une helminthiase et l'examen des fèces s'imposait : il fut confié à M. le professeur Verdun qui découvrit de très nombreux œufs d'ankylostomes.

L'examen clinique éclairé par ces diverses constatations fut repris et complété : on ne releva aucun signe du côté de l'intestin, ni du côté de la peau, ni du côté de l'appareil visuel ; il n'y avait jamais eu d'épistaxis.

Un nouvel interrogatoire minutieux du malade révéla que le jeune homme avait travaillé comme mineur, au fond, pendant 6 mois, il y avait de cela quatre années, fait que le malade avait tout-à-fait passé sous silence, lors du du premier interrogatoire de M. Surmont.

A la suite de ce court séjour à la mine, P... était devenu ouvrier verrier ; sa santé, à ce moment excellente, se maintint telle pendant des mois. Ce ne fut que deux années plus tard qu'apparurent les premiers signes d'anémie : décoloration progressive des muqueuses avec perte croissante de l'appétit et des forces.

On comprend aisément, en raison de l'évolution tardive des symptômes anémiques d'une part, et d'autre part, en raison de l'existence des lésions tuberculeuses, que l'attention ait pu être détournée de la véritable notion causale de cette anémie intense, dont l'étiologie eut pu demeurer encore longtemps méconnue, sans la constatation de l'éosinophilie.

Le traitement classique de l'ankylostomiase fut institué sur le champ et l'amélioration ne tarda pas à se manifester, tant au point de vue de l'état général qu'au point de vue de l'état du sang. Un nouvel examen du sang donna, le 24-V-06, les résultats suivants :

Hématies : 4.774.000
Leucocytes : 5.547
Hémoglobine à l'hémomètre de Fleischl : 38 °/₀
Formule leucocytaire : monucléaires : 28 »
polynucléaires : 66 »
éosinophiles : 3 »

Bien que l'éosinophilie eut considérablement diminué, le malade n'était pas encore débarrassé du parasite intestinal, car l'examen des fèces démontra encore l'existence d'œufs, quoique en moindre quantité.

Une nouvelle cure fut reprise. Malheureusement on n'a pu revoir le malade comme on l'eût désiré pour se rendre compte de l'état actuel du sang et de l'état général et des fèces.

Cette observation a paru devoir être relatée, parce qu'elle montre combien longtemps peut rester latente une anémie d'origine helminthiasique sans éveiller l'attention et en l'absence des symptômes cliniques caractéristiques de la maladie.

A propos de la latéro-station gauche, moyen épilepto-frénateur

MM. **Chardon** et **Raviart**. — Il y a quelques années, Mac Conaghey, d'Edimbourg, déclara que pour arrêter un accès d'épilepsie, il suffit de placer le malade sur le côté gauche pendant la période tonique ; la période clonique est ainsi supprimée et bientôt le malade revient à lui. Au congrès de Pau, Crocq, de Bruxelles, fit une communication sur ce qu'il a appelé la latéro-station gauche ; ce procédé lui a donné les meilleurs résultats, et il lui paraît capable non seulement d'arrêter les attaques, mais encore d'en diminuer la fréquence et l'intensité.

A l'asile d'Armentières, nous avons pu expérimenter ce procédé chez un grand nombre d'épileptiques ; dans aucun cas nous n'avons obtenu les résultats satisfaisants dont parlent les auteurs précités.

Epilepsie et maladies intercurrentes

MM. **Chardon** et **Raviart**. — Une petite épidémie de broncho-pneumonie ayant éclaté à l'asile dans la section

des enfants idiots et épileptiques, nous avons pu une fois encore constater l'influence exercée par la maladie fébrile sur les manifestations convulsives de l'épilepsie.

Cinq fillettes de 10 à 13 ans furent atteintes presque simultanément et présentèrent les mêmes symptômes broncho-pulmonaires avec température élevée, atteignant 40° pendant près de six jours.

Chez une des petites malades, qui tombait en moyenne douze fois par mois, le nombre des attaques augmenta immédiatement, elle en eut jusque 23 par jour, et succomba après en avoir présenté 122 en 10 jours.

Une autre, tandis que le thermomètre montait à 40° le second jour de la maladie, eut ce jour-là une série de huit attaques, alors qu'elle n'en a jamais eu plus d'une ; mais dans les jours qui suivirent, le nombre des crises diminua.

Chez deux autres malades, l'épilepsie fut très heureusement influencée par la maladie fébrile ; l'une d'entre elles n'eut aucune crise et resta même 40 jours sans tomber, alors qu'elle présente de 4 à 8 crises par mois ; une autre n'eut que deux attaques dans les premiers jours de la broncho pneumonie, puis ne tomba plus durant les 19 jours qui suivirent ; depuis, les crises se sont espacées ; la dernière enfin ne présènta aucune modification dans le nombre de ses attaques.

Ainsi, sur cinq épileptiques atteints d'une même maladie fébrile, l'une présente un nombre considérable d'attaques et meurt, trois autres voient leurs crises disparaître où diminuer en nombre pendant quelque temps, une dernière n'est influencée ni en bien ni en mal par l'infection.

Ce n'est du reste qu'exceptionnellement que les épileptiques ont à se féliciter d'avoir été atteints d'une maladie fébrile ; si nous avons pu observer une disparition prolongée et dans certains cas définitive du mal comitial, le plus souvent les malades rattrapent comme on l'a dit le temps perdu, si bien que après quinze jours, un, deux ou trois mois les attaques reparaissent quelquefois plus nombreuses qu'auparavant.

Psychose et fièvre typhoïde

M. **Raviart**. — L'épileptique n'est pas seul à tirer parfois bénéfice des atteintes d'une maladie infectieuse et les psychopathes ont été parfois guéris des troubles mentaux qu'ils présentaient, à la suite d'une fièvre typhoïde intercurrente notamment, pareils exemples ne manquent pas dans la littérature médicale.

Ce n'est pas un cas de guérison que je viens vous communiquer aujourd'hui, mais simplement un fait intéressant d'amélioration passagère.

Le malade C... Désiré, admis à l'asile d'Armentières en 1901, paraît depuis qu'il s'y trouve, tout à fait inconscient de sa situation, ne semblant pas comprendre les questions qu'on lui pose, marmottant des mots incompréhensibles.

Au mois de mars de cette année il contracta la fièvre typhoïde ; or, pendant le second septenaire de la maladie, il commence par présenter de l'écholalie, puis une nuit, répondit aux questions qu'on lui posait, donnant sur son passé et sur sa famille tous les renseignements qui lui étaient demandés.

Cette amélioration ne fut malheureusement que transitoire, depuis ce malade est retombé dans la stupeur. L'entourage a simplement remarqué qu'il était plus propre qu'auparavant.

Les cas de ce genre justifient les tentatives thérapeutiques parfois heureuses qui ont été faites, et appellent de nouvelles recherches sur l'influence des toxines microbiennes sur l'évolution des maladies mentales.

Sténose pylorique par cancer

M. **Gayet**. — J'ai trouvé la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter à l'autopsie d'un homme âgé de 48 ans, dont la mère est morte de cancer d'estomac et dont une sœur a succombé à 33 ans à la suite de cancer utérin. Ce malade, alcoolique, entré à l'asile pour des idées de persécution, présentait le syndrome de la sténose pylorique. La dilatation stomacale était considérable, on percevait fort nettement le bruit de succussion. Les vomissements étaient d'une extrême abondance.

L'évolution du mal fut rapide, et en quelques mois, le malade qui s'était progressivement cachectisé, succombait. Le cancer siège, comme nous l'avions supposé du vivant du malade, au niveau du pylore. Bien que classique, j'ai pensé, étant donné la netteté des lésions, qu'il y avait quelque intérêt à vous faire cette présentation.

Persistance de mamelles volumineuses chez un aliéné

M. **Maurice Gayet**. — J'ai l'honneur de vous présenter ces deux glandes mammaires pesant l'une 30 grammes (diamètres 8 et 6 centimètres), l'autre 12 grammes (diamètres 5 et 6 centimètres). Je les ai trouvées à l'autopsie d'un homme âgé de 77 ans et atteint de démence sénile.

Il semble dans l'espèce que l'on puisse considérer la persistance de mamelles volumineuses comme un stigmate physique de la dégénérescence.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire des eaux minérales. Stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'Etranger, édition 1906, publiée par le Dr G. Morice, Directeur de la *Gazette des Eaux*. — La nouvelle édition 1906 de l'*Annuaire des Eaux minérales* (48e année) contient :

1° Une étude très complète et très précise sur la *Législation des Eaux minérales* en France, aux Colonies et à l'Etranger ; — 2° Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des Eaux minérales au Ministère de l'Intérieur, à Paris ; — 3° La liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc. ; — 4° La liste des hôpitaux thermaux militaires ; — 5° Les listes des médecins des stations hydrominérales et climatiques de la France (listes par stations et liste d'ensemble par ordre alphabétique) ; — 6° La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France ; — 7° Quelques indications sommaires sur l'œuvre des Voyages d'études médicales aux Eaux minérales ; — 8° La nomenclature générale des stations hydrominérales de la France et des colonies françaises ; — 9° Le mémento de leurs principales indications thérapeutiques : — 10° La nomenclature des stations climatiques et sanatoriums de la France et des colonies françaises ; — 11° La nomenclature générale des sanatoriums populaires et payants, maisons de cure et de convalescence, dispensaires, colonies de vacances, hôpitaux marins, thermaux, jardins ouvriers, etc. ; — 12° La liste des principaux établissements hydrothérapiques de Paris et des départements.

En ce qui concerne l'étranger, l'Annuaire des Eaux minérales passe successivement en revue : *a*) Les stations hydrominérales, avec toutes leurs subdivisions : — *b*) Les stations climatiques et sanatoriums les plus connus. (Cette partie sera complétée au fur et à mesure des renseignements reçus.).

Enfin, un index alphabétique de toutes les stations et une table méthodique des matières ferment ce petit volume.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

DU 5 AOUT AU 1er SEPTEMBRE 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	40	42
3 mois à un an	63	57
1 an à 2 ans	11	16
2 à 5 ans	5	7
5 à 20 ans	6	10
20 à 60 ans	51	44
60 ans et au-dessus	37	39
Total	213	215

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 1 an	de 1 à 2 ans	plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	1	1	»	1	4	2	1	»	2	»	6	22	24
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	1	3	»	»	4	»	1	»	2	1	2	12	1	»	1	»	»	10	38	31
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	7	»	6	»	»	6	»	»	5	4	1	»	30	5	»	»	1	»	13	78	58
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	2	2	»	4	»	»	5	1	»	1	29	2	»	1	»	»	8	56	74
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	5	1	»	2	»	»	6	3	1	1	2	»	»	»	1	»	6	28	31
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	8	1	»	3	1	»	5	6	3	4	15	2	»	»	»	»	15	64	23
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	1	»	6	»	»	»	»	»	1	1	»	»	9	1	»	1	1	»	10	31	28
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	5	»	»	1	»	»	»	1	2	1	2	»	»	»	»	»	8	20	17
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	1	1	»	1	1	20	2	»	»	»	»	6	36	47
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	10	»	»	»	»	»	»	11	11
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	15	1	»	»	»	»	3	21	25
Total	»	1	»	8	1	41	6	»	20	1	3	24	19	9	12	148	16	1	3	5	»	85	395	369

N° 507. Dixième Année. N° 39 Le Numéro : **10** centimes 30 Septembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un nouvel hôpital d'enfants à Zurich

par le professeur **H. Gaudier**

Nous avons eu l'occasion, cette année-ci, pendant un séjour à Zurich, de visiter en détail un nouvel Hôpital d'enfants, construit depuis peu, pourvu de tous les perfectionnements modernes. Nous avons pensé que la description de cet hôpital intéresserait les lecteurs de *l'Echo Médical du Nord,* comme sa visite nous avait intéressé nous-même.

Le professeur MURALT, qui est à la tête de cet Établissement, nous donna avec une bonne grâce dont je veux ici encore le remercier, tous les renseignements que je lui demandais et voulut bien, en plus, me confier les clichés qui illustrent cette description (1).

La situation des bâtiments est très heureuse (fig. I), l'hôpital étant bâti sur la hauteur qui domine Zurich au Nord-Ouest de la ville, dans ce magnifique quartier



Figure I

aux belles maisons et aux vastes ombrages. Des vérandas de l'Établissement la vue est superbe, s'éten-

(1) La disposition des clichés et le manque de place, nous ont empêché de donner la traduction, d'ailleurs facile, des légendes.

dant sur la ville de Zurich, le lac, les montagnes de l'Albis. La note dominant est une grande simplicité, soit dans l'architecture générale, soit dans les détails de l'organisation intérieure, ce qui n'empêche d'ailleurs le tout d'être très confortable, mais on a évité tout ce qui était inutile. Entre la rue (Steinwiesstrasse) et les bâtiments s'étend un jardin anglais qui fait le tour des constructions et se termine, en haut, par un superbe potager où l'on recueille fruits et légumes pour les petits malades. L'allée principale qui conduit de la grande porte d'entrée au vestibule du bâtiment central est en pente douce, calculée de telle sorte que les enfants peuvent entrer de plain-pied dans la maison, sans avoir besoin de monter une seule marche. Mais avant d'entrer dans la description



Figure II. — Küche

détaillée et la distribution des différentes salles, nous tenons à donner ici quelques détails techniques sur le chauffage, l'aération, etc., etc., qui nous aideront à mieux comprendre certaines dispositions que nous apercevrons pendant notre visite.

Chauffage. — Le chauffage se fait par *l'eau* à basse pression (système des frères Sulzer). L'eau chaude, pour le chauffage, provient de deux grandes chaudières. A côté de la salle de chauffe se trouve la cave au charbon, construite en béton armé, en dehors de la maison et installée de telle sorte que l'on peut y entrer directement et que les voitures de combustibles peuvent y déverser directement leur contenu par la simple manœuvre de deux trappes métalliques. Le chauffage par l'eau à basse pression ayant l'inconvénient de dessécher l'air et les enfants étant encore plus sensibles à cette dessiccation que les adultes, on y a remédié en installant dans chaque salle des appareils spéciaux pour humidifier l'air, et qui permettent, en contrôlant l'hygromètre pendu à proximité, de régler exactement l'humidité de l'air. Les radiateurs sont absolument lisses et ne constituent point, comme dans beaucoup d'hôpitaux, des nids de poussière. Il n'y a point de radiateur dans les salles d'opérations où le chauffage se fait *dans le plancher et dans le mur*; l'eau provient toujours de la chaudière centrale, mais au printemps et en automne, où le chauffage central ne fonctionne pas encore, une petite chaudière permet d'assurer le service des salles d'opération. Dans la salle de chauffe il y a encore 2 chaudières, dont une de réserve et qui servent à fournir la *vapeur* nécessaire à la cuisine, qui se fait presque toute par le chauffage à la vapeur dans des récipients ad hoc. Dans la cuisine sont 4 chaudières de 100 à 120 litres, en nickel pur, pour la préparation des légumes, de la viande, des pommes de terre, le chauffage du lait, et deux plus petites, de 20 à 30 litres, pour les décoctions et les purées (fig. II). La vapeur est encore fournie, dans la cuisine, à des meubles qui permettent de tenir chaud ou de réchauffer les aliments, et dans les salles il existe des prises de vapeur qui servent à la désinfection de la salle et sur lesquelles on peut brancher les conduites d'appareils à inhalations portatifs. La vapeur est encore distribuée aux armoires chauffantes qui contiennent le linge et surtout les langes des enfants, et elle sert à chauffer l'eau d'un réservoir de 3 m^3 environ destinée à assurer le service des bains et le lavage dans toute la maison.

Tous les lavabos, en tous temps, ont eau chaude et eau froide, les robinets mélangeurs empêchant absolument la pénétration de l'eau froide dans la canalisation d'eau chaude et vice versa, ceci obtenu en égalisant les pressions. Toutes les conduites d'évacuation de l'eau sont directes, sans coudures, sans siphons. La *ventilation* dans les salles où des fenêtres se font vis-à-vis, est assurée par la ventilation naturelle au moyen de carreaux mobiles et est bien suffisante. Dans deux petites salles et pendant l'hiver, elle se fait au moyen de petites trappes en forme de jalousies situées dans les angles. Dans les caves, dans les salles où l'on conserve les approvisionnements, le lait,

etc., la ventilation se fait au moyen de cheminées d'aérage et peut être accélérée au moyen d'un petit ventilateur mû électriquement et situé à l'entrée de la cheminée.

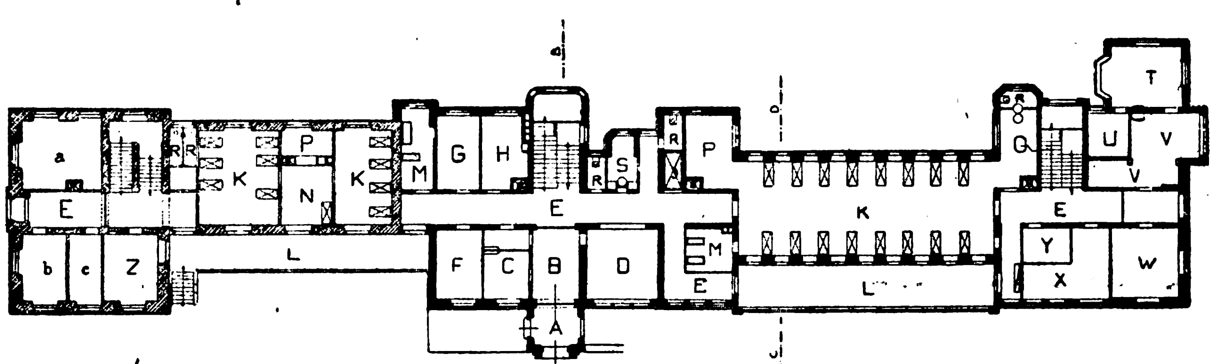
Enlèvement du linge sale. — A côté de chaque salle existe une grande colonne creuse qui sert à jeter le linge sale dans la cave, sans qu'il puisse passer dans d'autres salles, dans les couloirs ou dans les mains de plusieurs personnes. Ce tube, de très larges dimensions et qui dessert tous les étages, est construit en ciment armé émaillé intérieurement et extérieurement, par conséquent complètement hermétique. Il existe au niveau de la salle une ouverture que ferment exactement deux portes métalliques et par où on jette le linge, qui tombe dans la cave dans une petite voiture en tôle, vidée plusieurs fois par jour. A l'intérieur de cette colonne creuse se trouve une brosse circulaire, suspendue, que l'on manœuvre de l'extérieur, pourvue d'une canalisation d'eau qui permet d'amener celle-ci sous pression. Toutes les fois que du linge sale a été jeté, qui a par conséquent pu souiller les parois du tube, on met la brosse en mouvement, en la laissant descendre du haut en bas et en la remontant. Cette brosse dure nettoie admirablement la paroi interne et toutes les impuretés sont enlevées par des jets d'eau qui partent de la brosse elle-même.

Ascenseurs. — Il existe un ascenseur central desservant toute la maison, depuis la cave où se trouvent les réserves du matériel de couchage, jusqu'au toit plat, terrasses ensoleillées sur lesquelles les enfants sont transportés pour faire la *cure de soleil.* La cabine de l'ascenseur est à parois lisses ; elle peut contenir un grand lit et deux personnes ; elle est éclairée électriquement. Il existe dans chaque salle de petits ascenseurs pour la nourriture et qui partent de la cuisine. Cuisine et salles sont reliées par le téléphone ; on ne peut ouvrir le guichet que lorsque la cage qui porte les aliments est arrivée à destination.

L'éclairage est produit dans une petite usine électrique, avec moteur à gaz installé derrière les bâtiments. Cette usine, outre l'éclairage dans les salles les lampes sont blanches et vertes pour la nuit) fournit aussi le courant nécessaire aux bouillottes électriques, aux réchauds de l'office pour les besoins de la nuit, à l'installation de rayons X, de bains électriques, au laboratoire d'électrothérapie et, dans la salle d'opérations, à différents petits moteurs. L'électricité actionne, en plus, dans la buanderie, les machines à laver, à essorer et repasser. Il existe dans l'usine électrique une salle contenant d'importantes batteries d'accumulateurs.

Sonneries électriques et téléphones sont répandus à profusion. Les pendules sont électriques, réglées par une pendule centrale ; dans la salle d'opérations, la pendule est dans le mur, sans aucune communication avec la salle, et la glace qui la recouvre peut être ainsi lavée à la lance sans danger pour le mouvement.

ERDGESCHOSS



LEGENDE : A HAUPTEINGANG, B VORRAUM, C BUREAU, D WARTERAUM, E CORRIDOR, F AUFNAHMEZIMMER, G MED. OBERARZT, H CHIRURG. OBERARZT, J PERSONENAUFZUG, K KRANKENRÄUME, L VERANDEN, M BADERÄUME, N SCHWESTERNZIMMER, O SPEISEAUFZÜGE, P ANRICHTERÄUME, Q SPÜHLRAUM, R ABORTE, S GERÆTE, T ASEPT. OPERATIONSRAUM, U JNSTRUMENTENRAUM, V WASCHRAUM UND GARDEROBE, W ANTISEPT. OPERATIONSRAUM, X GIPSZIMMER, Y RÖNTGENZIMMER, Z APOTHEKE a LINGERIE, b NÄHZIMMER, c LINGÈRE.

Figure III.

Le sol de toutes les salles est revêtu de *Terrazo*. Ce terrazo, excessivement résistant, est appliqué par plaques de 2 mètres carrés et, entre chaque plaque, toutes les fissures ont été fermées au mastic. Il ne fatigue pas plus les pieds qu'un parquet de chêne. Le plancher est ainsi constitué : béton armé, couche de sable, plaques d'ardoises, de terrazo. Dans ce terrazo existe des rigoles qui permettent de laver à grande eau et d'évacuer facilement l'eau de lavage.

Dans certaines installations hospitalières le chauffage se fait au dessous de la couche de terrazo par des radiateurs situés dans le plancher, mais ce système n'a pas été employé à l'hôpital de Zurich.

Nous allons maintenant, rapidement, visiter cette belle installation moderne, et le lecteur se repèrera facilement en suivant les plans des étages annexés à cette étude (fig. III).

Nous entrons par la porte principale dans un grand vestibule : à gauche est la loge du portier, à droite une salle d'attente et d'examen, et le bureau des entrées. Dans le couloir qui se trouve au bout du vestibule, et à gauche, est une salle de bains pour les entrants. Dans cette salle se trouve une grande armoire où sont conservés les vêtements des enfants dont le séjour sera de peu de durée. A côté de la salle de bains sont les bureaux du médecin et du chirurgien en chef ; leur service est absolument distinct, chaque médecin est assisté d'un interne et d'une sœur chef (1). La médecine possède deux salles de malades : une salle de 10 lits de nouveau-nés, plus deux chambres particulières ; en outre y sont rattachés les services de la scarlatine, de la diphtérie et une salle d'observation. En chirurgie : deux grandes et deux petites salles de malades, plus deux chambres particulières. Il y a 81 lits de médecine, 55 lits réservés à la chirurgie. A côté des bureaux des docteurs, la cage du grand ascenseur et, plus loin, une porte vitrée qui donne dans une grande salle de malades qui servira de type à notre description. Cette salle a 18 mètres de long, 7 de de large, 4 m. 10 de hauteur (fig. IV). L'espace occupé par les fenêtres correspond à 32 % de la surface du plancher. Il y a des fenêtres de chaque côté, et un lit entre chaque fenêtre, soit 8 lits de chaque côté, et il existe 20 cent. entre le mur et le lit. Deux grandes portes conduisent dans une véranda aussi longue que la salle et large de 3 m. où les malades passent la journée. En été cette véranda est ouverte et munie de stores en étoffe ; en hiver elle est



Figure IV. — Grosser Krankensael. I. Stock

(1) Les Sœurs sont des Diaconesses, qui ont passé trois ans à l'Ecole d'Infirmières, ont une éducation générale et médicale très remarquable et constituent des auxiliaires précieux.

fermée et chauffée (fig. V). Elle est éclairée électriquement et on y rencontre des lavabos. Dans le cas d'une maladie contagieuse nécessitant l'isolement complet de la salle, la véranda sert de lieu de passage entre le bâtiment central et l'aile. La salle est installée de telle sorte que les sœurs puissent y trouver tout ce qui est nécesaire pour les besoins et les soins des malades. Tout ce qui a trait à la nourriture est strictement séparé de l'endroit où l'on évacue les déchets et les excréta ; à cet effet, à l'entrée de la salle, à gauche, se trouve l'office, contenant l'ascenseur pour les aliments, une table de cuisine chauffée à la vapeur, une table en bois, et un grand récipient en métal inoxydable où l'on peut laver. Cette relaverie est placée de telle sorte que les sœurs, en travaillant, peuvent inspecter toute la salle. Il y a dans cet office des rayons pour la vaisselle, une armoire pour les jouets et une autre pour les vêtements des enfants qui peuvent se lever. A l'autre extrémité de la salle, diamètralement opposée, se trouve une petite salle contenant une laverie et les W. C. des enfants et du personnel. C'est là que, dans un grand bassin en pierre carré, les linges souillés sont lavées une première fois au moyen de jets d'eau périphériques, pour être ensuite transportés dans la cheminée qui sert à l'évacuation du linge sale et que nous avons décrite plus haut.

Dans un coin de la grande salle, sous l'horloge, dans le mur, est une armoire où l'on conserve le linge propre nécessaire à une journée. Le mobilier de la salle est très simple : une grande table, une petite, quelques chaises de tailles différentes, des lits métalliques, des tables de nuit en fer à 2 étages ouverts.

Les lits sont de trois tailles : les sommiers à ressorts métalliques, les matelas et les oreillers en crin ; draps de toile et couvertures en lain e. Du côté de la tête est un crochet où l'on suspend une *main* pour se laver, l'essuie-mains et la brosse à dents ; les pieds des lits, du côté de la tête, ont des roulettes qui permettent, en soulevant l'autre extrémité, de brouetter facilement le lit dans la véranda. Les grands lits et les lits moyens sont fermés latéralement par des grillages métalliques qui glissent de haut et en bas et peuvent être arrêtés où on le désire sans que l'enfant puisse les faire manœuvrer. L'enfant ainsi bien maintenu latéralement ne peut tomber. Pour les examiner dans leur lit, on baisse l'un ou l'autre de ces grillages. Le tableau de diagnostic est accroché au pied du lit. Les lits de nourrissons, beaucoup moins hauts, sont d'un modèle très ingénieux, étudié et perfectionné à l'Ecole d'infirmières. L'enfant, avec sa literie, est dans un sac en toile suspendu aux parois du lit et qui peut être enlevé facilement d'un seul coup sans éparpiller le linge sale et sans rien souiller (fig. VI). Les médicaments d'urgence sont dans une petite armoire murale vitrée, ainsi que les téléphones qui sont enfermés sous verre.



Figure V. — Veranda I. Stock

Tous les angles de la salle sont arrondis ; les murs sont peints en Ripolin et les frises sont ornées de scènes d'enfants, de fables, aux vives couleurs. A droite, en entrant dans la salle, se trouve une belle salle de bains, vaste, très éclairée, avec deux baignoires fixes, une émaillée, l'autre en faïence pour les bains médicamenteux. Eau chaude en permanence, thermomètres, évacuation directe de l'eau, etc. Il y a aussi une baignoire d'enfant montée sur roues. De chaque côté de la porte d'entrée un lavabo à eau froide ou chaude en permanence et dont le robinet donne le jet ou la pluie. Quatre prises de courant électrique

permettent de chauffer les bouillottes électriques, d'allumer les lampes portatives pour éclairer de près les petits malades, examiner une gorge, etc. La salle est éclairée par des appliques murales et trois suspen-



Figure VI. — Säuglinssaal.

sions mobiles fixées au plafond ; les lampes sont de deux couleurs, blanches pour la soirée, vertes pour la nuit ; la lumière est réfléchie et doucement diffusée par le plafond.

Les fenêtres ont 80 centimètres de largeur ; le bas



Figure VII. — Vorraum zur Desinfektion

en reste toujours fermé. Le haut s'ouvre au moyen d'un système à bascule ; il y a double fenêtre pendant l'hiver.

Les portes des salles de malades sont vitrées supérieurement, lisses, et tous les angles sont arrondis ; il n'y a pas de seuil.

Chaque enfant a un cube d'air de 32.3 m. c. et en y comprenant l'office et la relaverie, de 39.6 m. c. En hiver, avec la véranda fermée et les portes ouvertes, le cubage d'air atteint 48.5 m c.

Pour protéger les enfants d'un soleil parfois très vif, du côté Est et Sud-Ouest, les fenêtres sont munies de jalousies en baguettes de bois qui rendent possible l'obscurité presque complète. Ces jalousies peuvent être verticales ou inclinées obliquement ; elles se manœuvrent de l'intérieur de la salle par un ruban. Du côté opposé il n'y a que des stores en toile grise.

Quittant la grande salle, nous pénétrons dans un couloir fermé en son milieu par une grille derrière laquelle s'ouvrent les salles d'opérations (fig. VII). A gauche, salle de préparation, où médecins et sœurs se lavent les mains, où le malade subit également toutes les opérations de lavage et peut même être endormi. Par une porte à deux battants, qui s'ouvre par une simple poussée, on entre dans la salle d'opérations aseptique, éclairée par une très grande fenêtre au Nord et en outre, dans chaque mur, par des fenêtres qui servent aussi à la ventilation. La surface de ventilation est de 69 % de la surface des planchers. La stérilisation des pansements et de l'eau se fait par des appareils de SULZER un peu modifiés. Dans le mur se trouvent des prises de courant pour l'éclairage et la force motrice. Au dessus de la table d'opérations métallique, qui peut être chauffée électriquement, est une lampe mobile avec une prise de courant. En face de la grande fenêtre sont deux lavabos et une grande cuve avec jet d'eau circulaire. A côté se trouve la chambre des instruments et des appareils destinés à les stériliser ; les armoires sont dans le mur (fig. VIII).

A droite, dans le couloir et en face de la salle aseptique, nous entrons dans la salle d'opérations antiseptique, qui sert aussi de salle de pansements. Elle communique avec une salle où se font les appareils plâtrés, où s'ouvre aussi un cabinet pour les rayons de ROENTGEN et une chambre noire pour la photographie.

Comme annexes de ces salles il existe, dans le sous-sol, juste au dessous, une chambre pour la gymnastique orthopédique et une salle pour la polyclinique chirurgicale. L'installation orthopédique est destinée aux enfants pauvres qui ne peuvent entrer dans l'Institut orthopédique municipal. Les malades ambulants

accèdent à la polyclinique par une entrée spéciale, sans passer par l'hôpital. Au delà de la polyclinique, dans le sous-sol, et à côté de l'économat, se trouvent trois chambres à coucher très claires et très sèches pour les filles de service, deux salles de bains : une pour les hommes, l'autre pour les femmes domestiques, un W. C. pour chaque sexe; plus loin sont les chaudières, un atelier pour le mécanicien et la cuisine située au Sud.

La plus grande partie des aliments sont cuits à la vapeur; cependant, pour les rôtis il y a un fourneau à gaz et pour conserver les assiettes et les plats chauds il y a une armoire chauffante. Dans la cuisine se trouvent deux grands éviers, l'un pour le lavage des légumes et l'autre pour le nettoyage des ustensiles de cuisine. Le lait, bouilli immédiatement après son arrivée (150 litres par jour) est versé dans de grands seaux en tôle, hermétiquement fermés, placés dans des bassins en ciment où circule de l'eau fraîche. La viande et la glacière se trouvent dans une petite salle voisine.

Pour fournir les aliments au service des contagieux, situé dans des bâtiments séparés, et pour éviter la contagion qui pourrait facilement se faire à cette occasion, voici les dispositions que l'on a prises : les sœurs des pavillons d'isolement viennent par un escalier extérieur couvert, qui descend dans le sous-sol, et conduit dans une chambre munie d'un guichet et d'un téléphone, mais sans porte de communication avec la cuisine. La sœur téléphone à la cuisine ce qu'elle désire, le reçoit par le guichet, le place dans une cantine fermée et retourne dans son service.



Figure VIII. — Aseptischer Operationsraum

Montons maintenant au premier étage, en utilisant pour cela l'escalier central (fig. IX). A côté de l'escalier sont les appartements du chirurgien résident, avec les salles de bains pour les médecins. Dans le corridor, du côté de la façade, est une salle de nouveau-nés, munie des petits lits déjà décrits et aussi de tables pour l'emmaillottage : une pour deux lits. Chaque enfant possède en propre thermomètre, spatule, verre,

KINDERSPITAL ZÜRICH

GROSSES KRANKENHAUS

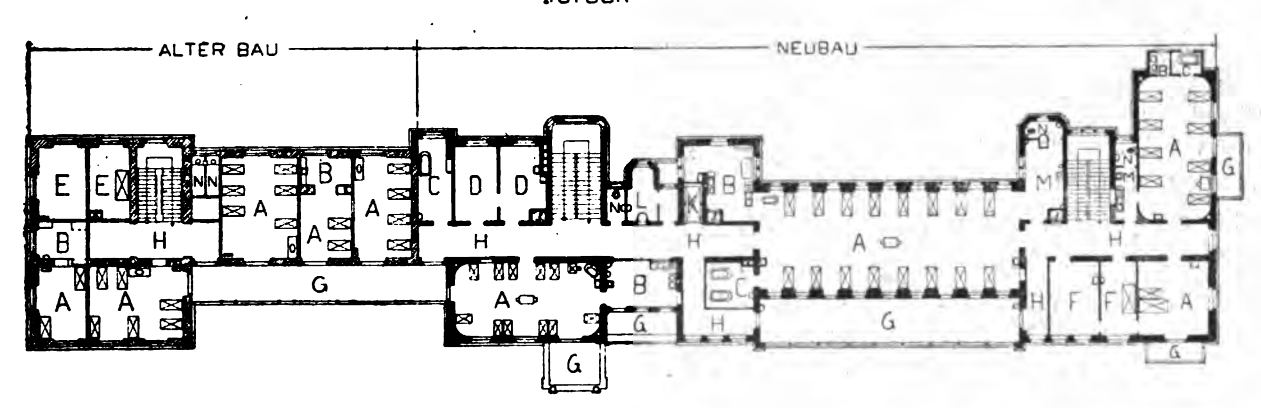
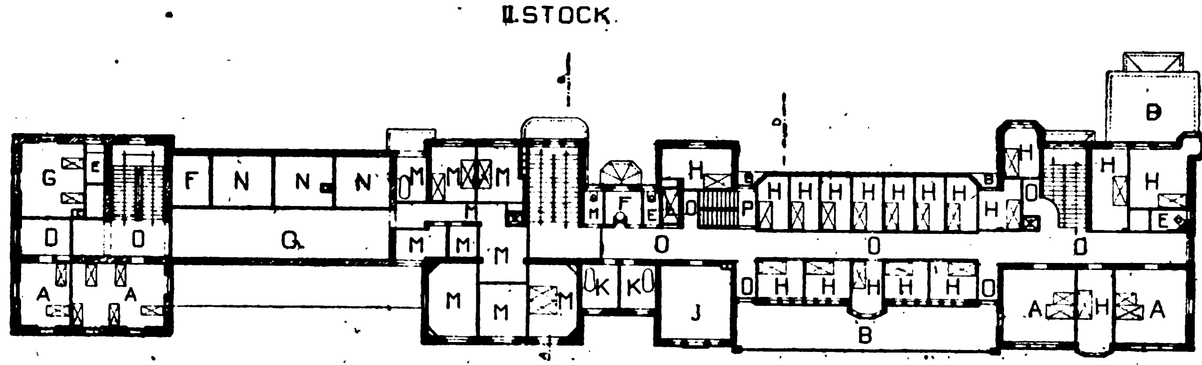


Figure IX.

cuiller, etc. Dans la salle se trouve aussi une balance, une armoire chauffante pour le linge et une couveuse de modèle français ; cette salle communique avec une belle véranda protégée par une tente.

Au fond du corridor est une grande salle de malades de tous point semblable à celle du rez-de-chaussée. Notons en passant que tous les instruments qui servent à nettoyer la salle : balais, torchons, etc. ne sont conservés ni dans la salle de bains, ni dans la relaverie, mais dans une petite chambre que l'on trouve à tous les étages, bien ventilée et munie d'un lavabo. Après avoir traversé la grande salle on arrive dans l'aile et nous rencontrons la chambre de la sœur en chef, chargée du « bloc chirurgical », puis une sur une très grande véranda. Au point de vue du service, les sœurs, par roulement, assurent le service de jour et le service de nuit ; c'est le système anglais, maintenant presque partout employé en Allemagne et qui a le grand avantage d'éviter les fatigues inutiles, fatales, quand la même sœur qui a pendant le jour assuré le service, repose la nuit à côté de ses malades, se relevant forcément plusieurs fois pour leur donner les soins que nécessite leur état. Un tel système est préjudiciable aux sœurs et aux malades. Au contraire, avec la division du service, la sœur qui passe la nuit étant bien reposée, peut surveiller les enfants comme pendant le jour.

Montons plus haut et nous arrivons sur le toit en



LEGENDE : A KRANKENRÄUME. B VERANDA. C SPEISEAUFZÜGE. D ANRICHTERAUM. E ABORTE. F GERÄTE. G OBERSCHWESTER. H SCHWESTERNZIMMER. J WOHNZIMMER DER SCHWESTERN. K BÄDER. L PERSONENAUFZUG. M VERWALTERWOHNUNG. N MÄGDEZIMMER. O CORRIDOR. P DACHTREPPE. Q. WINDE

Figure X

chambre particulière avec véranda et, plus loin, une petite salle de 8 lits avec véranda, munie, elle aussi, d'office, salle de bains et relaverie.

Partant de cette aile, montons au second étage (fig. X). Nous trouvons à l'Est une grande chambre privée avec véranda et qui, au besoin, peut contenir trois malades. En face, deux chambres particulières plus petites entre lesquelles se trouve une chambre de sœur. De là, part un corridor qui va jusqu'au bâtiment central où se trouve l'appartement de l'Econome Directeur, avec salle de bains et W. C. particulier.

Dans le corridor sont les chambres réservées aux sœurs ; chacune a sa chambre, avec une grande armoire dans le mur, chauffage central, éclairage électrique, téléphone. Elles ont aussi deux salles de bains, une salle à manger et un beau salon s'ouvrant terrasse, recouvert de ciment de bois et d'où l'on jouit d'une vue merveilleuse sur la ville, le lac et la montagne. C'est ici, sur une superficie de 174 m², que le professeur MURALT fait pratiquer les *bains de lumière* par insolation directe. Depuis longtemps déjà il y a recours et avec un grand succès, surtout comme traitement des affections tuberculeuses des os, des articulations et des téguments (1). Les enfants ont la tête couverte et des paravents les protègent contre le vent. Plus bronzés que des addissoniens, ils ont un air de santé magnifique et leurs lésions sont vraiment dans un état fort satisfaisant. Nous reviendrons d'ailleurs plus tard sur l'utilité incontestable de l'insolation et les résultats brillants qu'elle donne.

(1) Nous étudierons dans un article ultérieur les résultats de cette méthode dans le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires.

Mais nous avons fini notre visite et nous ne voulons point fatiguer le lecteur, nous contentant de lui signaler, dans le jardin, les installations plus petites et plus anciennes, qui complètent l'hôpital : au fond du jardin, le pavillon de la diphtérie, le pavillon de la scarlatine, le pavillon d'observation. En arrière de ces bâtiments, le service de désinfection. Ces bâtiments qui existaient avant la construction de l'hôpital que nous venons de visiter, n'ont rien de particulier, mais sont munis de tous les perfectionnements modernes. Plus près du bâtiment central est la buanderie, un laboratoire, une salle d'autopsie ; enfin un pavillon où se trouve une salle de Cours et à côté une salle de consultations annexée à la polyclinique. Je ne fais que citer la salle des machines, etc., etc.

Quelques chiffres pour terminer : édifié et meublé au moyen de dons et de cotisations particulières, l'hôpital que nous venons de visiter à coûté 758 912 fr. 75. Le prix d'un lit revient en moyenne à 7.400 fr. 26. Ce prix n'est pas très élevé si l'on considère qu'à Bâle il est de 10.000 francs, à Leipzig de 12.500, à Berlin (Krankanhaus Friedrichshain) de 10.000. Par contre à l'hôpital d'enfants de Berne, il n'est que de 7 000. Le prix de revient d'une journée d'hôpital est de 2 fr. 71. Chaque petit malade paie — ou l'on paie pour lui — 88 centimes ; la différence est payée par des cotisations, des dons, et une faible contribution de la ville.

Avant la construction de ce bâtiment neuf, dans le grand jardin existaient un vieux bâtiment et les services de contagieux que nous avons signalés. Si à la place de l'ancien bâtiment a pu être édifié ce magnifique hôpital moderne, c'est grâce au dévouement sans bornes, à la science du professeur MURALT, qui non content d'avoir dirigé la construction assure encore tous les jours la Direction générale et celle du service chirurgical avec une compétence et un talent auxquels je veux rendre ici un public hommage.

Tumeurs malignes végétantes des annexes et en particulier de leur traitement par la castration abdominale totale.

par J. Drucbert, ancien chef de clinique chirurgicale.

J'ai eu l'occasion d'intervenir dans quatre cas de tumeurs végétantes des deux ovaires ; une de ces observations est particulièrement intéressante et je la publie en détail me contentant de relater succinctement les trois autres, dont aucune ne présentait rien de saillant au point de vue clinique.

La première malade était une femme de 51 ans ; son ventre avait augmenté de volume assez rapidement depuis six mois ; la cachexie était déjà très avancée, à l'examen on constatait une ascite très tendue, au toucher vaginal l'utérus paraissait immobilisé au milieu de masses dures et bosselées remontant jusqu'à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic. La laparotomie faite le 4 octobre 1905 resta purement exploratrice ; la tumeur adhérait au péritoine pariétal, remplissant tout le petit bassin et cachant l'utérus : l'épiploon portait de nombreuses tumeurs secondaires ; l'intestin grêle était couvert de petites granulations de même nature que les tumeurs annexielles. Une opération radicale était impraticable, je me contentai d'évacuer l'ascite et de refermer la paroi ; la plaie était guérie malgré la reproduction de l'ascite, mais l'état général restait précaire ; la malade mourut subitement le matin du seizième jour. Si j'ai rapporté ce cas, c'est pour opposer ce résultat aux trois guérisons des autres cas où les tumeurs ont pu être enlevées.

Le second cas concerne une femme de 40 ans secundipare chez qui je fis une laparotomie pour tumeur kystique des deux ovaires. Le kyste de l'ovaire droit s'était rompu et toute une végétation en forme de chou-fleur s'étendait sur le ligament large droit. Le kyste de l'ovaire gauche était multiloculaire mais sa paroi externe était bien lisse et la paroi interne présentait peu de végétations. J'enlevai les annexes gauches, j'attaquai l'utérus par son bord gauche ; après la section du col, je trouvai sans difficultés un plan de clivage qui me permit d'enlever en totalité la tumeur végétante la malade guérit sans complications mais je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

La troisième malade était une nullipare de 40 ans ; cette femme d'un état de santé générale excellent plutôt un peu obèse se présentait avec une tumeur liquide tendue difficile à palper en raison de la grande épaisseur des parois abdominales, mais par le toucher vaginal, on sentait comme chez les précédentes une masse dure irrégulièrement bosselée refoulant l'utérus contre la symphise du pubis. Le rapide développement de la tumeur qui ne datait que de trois mois faisait penser à quelque chose de malin.

Après laparotomie, je me trouvai en présence d'un épanchement ascitique sanguinolent ; le petit bassin était occupé par des tumeurs végétantes des deux ovaires tumeurs en chou-fleur à grains très fins, très friables et saignant facilement au toucher. Le corps de l'utérus fut saisi et attiré avec un Muzeux, je décollai la vessie et après avoir pincé les ligaments ronds, les deux trompes et les utérines je fis l'hystérectomie abdominale ; par la brèche ainsi créée je pus alors avec une facilité surprenante cliver et détacher successivement les deux tumeurs annexielles. La malade guérit et en janvier dernier sept mois après l'opération elle ne se plaignait que de l'accentuation de son obésité et de fréquentes bouffées de chaleur.

L'histoire de la dernière malade est beaucoup plus intéressante. C'est une femme de 25 ans dont le père

est mort accidentellement dont la mère est très bien portante ainsi que les collatéraux. Mariée depuis six ans, elle n'a jamais eu d'enfants ni de pertes. Bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle a un peu de leucorrhée habituelle

En mai 1903, son ventre se mit à grossir rapidement, elle s'amaigrit, ses forces déclinèrent ; elle n'avait que peu de douleurs lombo-abdominales ; les règles ne durèrent qu'un ou deux jours au lieu de quatre et devinrent très douloureuses. Les selles étaient normales, mais la malade avait de fréquentes envies d'uriner.

Quand je vis la malade en juillet 1903, le ventre était distendu par une ascite très mobile ; l'utérus était abaissé et enclavé dans une masse dure remontant à mi-distance entre le pubis et l'ombilic; l'ascite interposée entre cette masse et la paroi gênait beaucoup la palpation et il était difficile de faire un diagnostic anatomique exact. Je conseillai à la malade d'entrer à l'hôpital où M. le professeur Dubar lui fit le 2 août une laparotomie. Après écoulement d'une quantité d'ascite qui fut évaluée à environ huit litres, on vit que tout le petit bassin était rempli par une masse végétante plus grosse qu'une tête d'adulte, masse très friable et saignant abondamment au moindre frottement des compresses ; le ventre fut asséché aussi complètement que possible et refermé. La malade quitta l'hôpital le 4 septembre ; le ventre était plat, il n'y avait plus de douleurs, l'appétit était revenu.

Cet état dura jusqu'au mois de décembre à ce moment le ventre grossit de nouveau, les douleurs lombaires reparurent, l'appétit diminua, la malade revient à l'hôpital le 1er février 1904. L'abdomen a alors 1 m. 23 de circonférence. Je fis une petite boutonnière a la paroi par laquelle j'évacuai dix litres environ de liquide rougeâtre. La tumeur ne me parut pas avoir augmenté depuis la première intervention. Un fragment fut prélevé et M. le professeur Curtis qui en fit l'examen nous donna le résultat suivant : « Masses arborisées en chou-fleur formées uniquement de tissu conjonctif, passant par tous les degrés d'envahissement depuis le tissu conjonctif adulte fibreux jusqu'au tissu mucoïde. Le pédicule est formé de fibres conjonctives régulièrement disposées en nappes et faisceaux diversement entrecroisés. Le tissu ressemble au tissu conjonctif du péritoine et au tissu sous péritonéal ; il est parcouru de vaisseaux assez longs et ne renferme aucune trace de formation néoplasique.

« A mesure qu'on s'approche des extrémités en chou-fleur qui couvrent la masse principale, on voit le tissu conjonctif se transformer peu à peu, devenir plus riche en substance amorphe et se transformer en véritable tissu muqueux avec cellules étoilées disséminées dans un tissu fondamental homogène. Toutes les petites masses arrondies qui couvrent la surface des fragments et qui à l'œil nu ressemblaient à des kystes, ne sont autre chose que des végétations de ce tissu muqueux dont la consistance gélatineuse donnait l'aspect transparent. Toute la surface est recouverte d'un épithélium cubique très net en palissade sauf dans les dépressions interpapillaires où l'on trouve deux à trois rangs de cellules.

Donc : tissu conjonctif revêtu d'épithélium cubique, pas trace de kystes. On en conclut que l'on a affaire à une tumeur primitive du péritoine fibromyxomateuse rentrant dans la variété décrite par Péan (Semaine médicale 1886) sous le nom de tumeur végétante a forme colloïde ou myxomateuse ».

La malade sortit le 20 février, l'amélioration ne fut pas de longue durée, car la malade revint le 25 avril 1904 et M. le professeur Dubar fit une nouvelle laparotomie par laquelle s'écoulèrent quinze litres de liquide environ. Il faut noter que la tumeur n'avait pas augmenté de volume et qu'aucun noyau secondaire n'apparaissait sur les anses intestinales.

Cette fois l'amélioration fut beaucoup plus persistante, les douleurs ne se reproduisirent pas et le retour de l'ascite fut si lent que ce n'est que le 8 janvier 1905 que je fis à la malade une quatrième laparotomie pour la débarrasser de son liquide. Je fus frappé de constater que la tumeur avait diminué d'un bon tiers ; il n'y avait encore aucune généralisation aux autres organes abdominaux.

La malade se remonta assez facilement, le 22 août elle m'appela à nouveau et me déclara que jusqu'en juillet, elle avait été très bien ; l'ascite était peu marquée, mais dès ce moment, les selles jusque là faciles et régulières devinrent de plus en plus pénibles. Il y avait dix jours qu'elle n'avait eu de garde robe ; les lavements étaient très douloureux et ressortaient immédiatement à peine salis. Par le toucher rectal je constatai qu'une masse dure occupait le cul-de-sac de Douglas et comprimait le rectum ; la tumeur abdominale était diminuée considérablement et avait pu ainsi tomber et s'enclaver dans le petit bassin. J'administrai à la malade un lavement huileux avec une longue sonde rectale après avoir déprimé le plus possible la tumeur par le rectum ; la malade eut une débacle abondante et je lui proposai étant donné la diminution très nette de sa tumeur d'en tenter l'extirpation.

J'opérai la malade le 25 août 1905, l'ascite était relativement abondante et cloisonnée ; le paquet intestinal était enveloppé dans des adhérences nombreuses ; je trouvai deux petits noyaux secondaires sur une frange épiploïque qui fut enlevée ; il y avait un autre noyau sur la corne utérine droite, mais la tumeur n'avait pas pris d'extension sur le péritoine du bassin; dans le Douglas la main faisait le tour de la tumeur des annexes droites prolabées ; chacune des tumeurs avait le volume du poing.

L'utérus étant attiré avec un Museux, je le libérai avec les annexes gauches, je sectionnai ensuite le col, puis je le détachai d'avec les annexes droites ; pour les annexes gauches la tumeur fut un peu plus difficile à extirper, mais je pus cependant l'enlever complètement. La lèvre postérieure du col utérin fut fendue et la surface pelvienne cruentée fut drainée à la fois par le vagin et par l'abdomen.

La malade a guéri sans aucune complication : je la revis le 26 novembre : elle se plaignait d'être très incommodée par des bouffées de chaleur ; le 8 mars 1906 elle avait augmenté de sept kilogs depuis son opération : je l'ai revue en mai elle a encore grossi, et se porte très bien: les bouffées de chaleur ont cessé à la suite d'un traitement suivi à l'ovarine. A l'examen les culs-de-sac vaginaux sont libres et souples, il n'y

a pas trace d'ascite et je crois pouvoir affirmer qu'il n'y a pas encore de récidive.

Je veux faire remarquer d'après les deux dernières observations que les ovaires avaient conservé leur sécrétion interne malgré les lésions dont ils étaient le siège puisque l'ablation des tumeurs a amené la production de troubles importants analogues à ceux de la ménopause naturelle.

J'insiste également sur les bons résultats que la dernière malade a retiré de laparotomies simples, l'ascite a fini par se reproduire plus lentement ; or, cette production d'un liquide qu'on est forcé d'évacuer est une sorte de saignée séreuse qui affaiblit considérablement les malades ; plus intéressante encore est la diminution de la tumeur à un degré tel qu'une tumeur primitivement inopérable est devenue facilement enlevable en totalité. Ce sont là du reste des faits qui ne sont pas exceptionnels et qui encouragent à ne pas se rebuter mais on trouve évidemment rarement des malades qui veulent bien se résoudre à subir des interventions aussi répétées. Dans notre cas particulier l'heureuse influence des opérations premières a failli être une cause de mort, la tumeur en diminuant de volume avait pu s'engager dans le cul-de-sac et comprimer le rectum.

Nous avons enfin pu constater l'excellence de la règle de conduite préconisée par J.-L. Faure. Les annexes sont beaucoup plus faciles à décoller des organes auxquels elles adhèrent lorsqu'on aborde par dessous et de bas en haut. Suivant qu'une des tumeurs était pédiculisable ou non, nous avons commencé la castration en enlevant d'abord l'annexe facile à détacher, ou nous avons d'abord enlevé l'utérus pour enlever ensuite successivement l'une et l'autre tumeur.

Notre série a été particulièrement heureuse puisque les trois cas où la tumeur a été enlevée ont donné trois guérisons durables.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

La médecine populaire dans le Poitou

La *Revue des traditions populaires* indique quelques remèdes en faveur dans le Poitou. S'agit-il de guérir un fiévreux ? Prenez une araignée noire que vous rencontrerez sans la chercher ; mettez-la entre deux coquilles de noix, enveloppez d'un linge blanc. Quelques heures *avant* l'accès, suspendez au cou du malade, lequel doit ignorer ce que le paquet contient. Quand l'araignée sera morte, la fièvre sera coupée. — Mettez dans une bourse autant de petits cailloux que vous avez de verrues sur les mains, jetez la bourse au milieu d'un chemin ; qui la ramassera héritera de vos verrues. — En enfonçant un clou avec un marteau dans une porte, ou en allant de très bonne heure puiser de l'eau à un puits très profond, on arrête le plus vif mal de dents. — Ceignez vos reins d'une corde ayant servi à nouer un pain de sucre mais n'ayant servi qu'à cet usage, vous vous débarrasserez de vos douleurs lombaires. — Pour guérir du carreau, il faut aller sur le territoire d'un ancien fief de grande noblesse, y couper avec la bêche un carreau de gazon ; le retourner. Le mal s'en va à mesure que l'herbe pourrit. — La sagesse parisienne n'ignore pas ces sortes de remèdes. Pendant une épidémie de fièvre typhoïde, un cocher d'omnibus confiait à son voisin : « Il n'est pas de maladie plus facile à guérir. Vous fendez un pigeon vivant ; vous l'appliquez sur le front du malade ; le pigeon tombe en pourriture, il a tiré tout le mal. Je l'ai dit à un médecin. Il m'a répondu : « C'est vrai. Mais si l'on divulguait des remèdes aussi simples, nous ne pourrions plus vivre. » On connaît en Poitou de bien autres recettes. Le pivert se frotte le bec contre une certaine plante afin de percer plus facilement les arbres. Frottez vos mains avec cette plante et rien ne vous résistera. — Veut-on se faire suivre de la personne qu'on aime ? On met une grenouille verte dans une boîte percée de trous qu'on abandonne ensuite sur une fourmilière. On prend, quelques jours après, ce qui reste de la bête, on le broie, on le jette en poussière sur la personne aimée... A Paris, c'est souvent plus simple. (*Journal des Débats*).

NOUVELLES & INFORMATIONS

Distinctions honorifiques

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique : MM. les Docteurs BOLLET (de Trévoux), DAURIAC (de Paris), LÉO, médecin en chef de la marine, MALSANG (de Champeix), BOULET (de Riom), SERRE (de Montpellier).

Officiers d'Académie : MM. les Docteurs BLAYAC (de Bédarieux), BOUSQUET (de Paris), BRUNEAU (de Châteauroux), CHLÉMOVITCH (de Couilly), CONDOUR (de Paris), FIÉ (de St-Amand), FLOUR (de Bray-sur-Somme), GAVARD (de Penthièvre), GRYPIOTIS (de Coquille), HURTREL (de Hangest-en-Santerre), JAILLE (de Châteauroux), JOUANNE (de Guelma), JOUVE (de Béziers), LAJOTTE (de Longjumeau), LAUTIE (de Bédarieux), MACÉ (de Guinguamp), MAHÉ (de Pléhédel), MARTIN (d'Angers), MOREL (de Paris), PASCAL (d'Orange), PELLEGRIN (de Villeneuve de Bery), POUILLOT (de Joigny), ROLLIN (de Paris), ROUGET, médecin-major de 1re classe, TARDIF (de Longné).

BIBLIOGRAPHIE

Technique de stérilisation à l'usage des Pharmaciens, par le docteur Gérard, Professeur de Pharmacie et Pharmacologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille. Vigot, Frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine, Paris. In-18 jésus, cartonné avec 57 figures dans le texte, 5 francs.

Le titre de cet ouvrage : **Technique de Stérilisation à l'usage des Pharmaciens,** indique que cet ouvrage a été écrit spécialement pour les praticiens dans le but de leur faciliter cette partie nouvelle de la pratique professionnelle comprenant la préparation et la stérilisation de divers médicaments (ampoules, sérums, solutions) ou de certains dissolvants (eau stérélisée, huile et vaseline stérilisées, etc.), ou des objets de pansement et des fils à ligatures, etc.

Le professeur E. Gérard s'est attaché à décrire les méthodes d'aseptisation les plus simples et en même temps, les plus sûres au point de vue du résultat à obtenir. Il a fallu montrer que le pharmacien peut, avec l'autoclave, devenu un appareil indispensable dans une officine, répondre à toutes les exigences de la pratique.

L'auteur a eu le soin de donner avec de nombreux détails de technique, la préparation et la stérilisation des laits ordinaires, des laits coupés d'eau lactosée, des laits maternisés, estimant que le pharmacien est tout indiqué pour préparer ces divers produits destinés à l'allaitement des nouveau-nés.

Ce livre entièrement nouveau doit être entre les mains de tous les pharmaciens pour lesquels il sera un guide sûr et précieux.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

DU 2 AU 15 SEPTEMBRE 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	15	10
3 mois à un an	17	15
1 an à 2 ans	5	3
2 à 5 ans	2	5
5 à 20 ans	7	7
20 à 60 ans	29	21
60 ans et au-dessus	22	23
Total	97	84

Répartition des décès par quartier

	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total
NAISSANCES par Quartier	10	17	24	42	11	14	10	7	31	3	16	185
TOTAL des DÉCÈS	9	19	29	33	11	24	17	10	17	3	8	176
CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS												
Autres causes de décès	2	5	8	13	4	7	7	4	4	»	1	54
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	3
Accident	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2
Diarrhée et entérite : plus de 2 ans	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	1	3
Diarrhée et entérite : de 1 à 2 ans	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	1	3
Diarrhée et entérite : moins de 1 an	2	3	12	6	1	1	3	2	7	1	1	39
Maladies organiques du cœur	»	4	»	»	»	2	1	»	1	»	»	8
Bronchite	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2
Apoplexie cérébrale	1	2	»	3	1	3	1	»	1	»	»	12
Cancer	»	»	1	3	1	4	»	2	»	1	1	13
Autres tuberculoses	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Méningite tuberculeuse	»	»	»	1	»	1	»	»	1	»	»	3
Bronchite et pneumonie	2	2	2	1	1	1	1	»	»	»	1	11
Grippe	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Tuberculose pulmonaire	2	1	2	3	2	2	»	2	2	»	2	18
Infection puerpérale	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	2	2	»	»	1	»	»	»	»	5
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Erysipèle	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1

N° 508. Dixième Année. N° 40. Le Numéro : **10** centimes 7 Octobre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Occlusions intestinales par brides circulaires

par le docteur **Lambret**, professeur agrégé.

Le parti à prendre, devant une occlusion intestinale aiguë qui dure depuis quatre, cinq, six jours, embarrasse toujours le chirurgien. Doit-il faire la laparotomie, l'opération lumineuse que le malade trop stercorémique ne supportera peut-être pas ; doit-il au contraire pratiquer l'anus artificiel qui drainera l'intestin, mais laissera persister l'obstacle mécanique menaçant pour la paroi intestinale ? Dans cette alternative — à moins bien entendu que le malade ne soit in extremis — chacun obéit généralement à son tempérament, et peut-être, s'il était possible de les réunir et de les comparer *tous*, les résultats des uns et des autres ne sont-ils pas très différents. S'il est toutefois des faits capables d'amener de nouveaux adhérents au groupe, à tort ou à raison, le plus nombreux à l'heure actuelle des laparotomistes, c'est ceux dans lesquels l'opération permet de lever un obstacle qui aurait fatalement provoqué la perforation de l'intestin et proclamé la faillite de l'anus artificiel. En voici deux exemples :

OBSERVATION I. — J. Cou.... de Billy-Montigny. — Cet enfant, qui est âgé de 7 ans, a eu à plusieurs reprises des crises d'entérocolite. Il est habituellement constipé. Depuis huit jours, il présente des accidents d'occlusion intestinale : arrêt complet des matières et des gaz, vomissements fécaloïdes, ballonnement considérable, etc. Le début a été brusque, l'enfant s'est plaint tout-à-coup d'une violente douleur dans le ventre et depuis, le tableau de l'occlusion intestinale s'est déroulé d'une façon classique. Toute la thérapeutique médicale a été mise en œuvre inutilement ; à noter que la suspension par les pieds a été tentée à la demande de la famille ; quelques années auparavant le procédé avait réussi, chez le père du petit garçon, atteint lui aussi d'occlusion intestinale.

Je vois l'enfant la nuit avec mes confrères MINET et LECAT, de Billy-Montigny, et LECOEUVRE, de Nœux-les-Mines ; son état général est mauvais, la langue est sèche, le pouls est filant et rapide. Nous décidons d'un commun accord de faire séance tenante une laparotomie.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale ; opération hâtive ; les anses intestinales grêles sont très dilatées, elles sont refoulées et maintenues dans des compresses chaudes permettant une éviscération partielle — je cherche le cœcum, je le trouve pas tout à fait vide mais certainement pas très dilaté ; j'en conclus néanmoins que l'obstacle siège plus haut sur le grêle ; il est difficile de suivre le grêle en partant du cœcum, les anses intestinales sont tellement distendues qu'elles empêchent de bien voir le cœcum et toute la région — je repère alors la première anse grêle venue et je dévide l'intestin d'un côté et de l'autre du point repéré. — J'arrive ainsi sur le siège de l'occlusion qui est situé justement à la terminaison de l'intestin grêle à quatre ou cinq centimètres du cœcum, ce qui explique mal la difficulté éprouvée à la recherche de cette anse en partant du cœcum. — Il s'agit d'un étranglement par bride. — La bride est constituée par un long appendice épiploïque de l'S iliaque, elle cravate circulairement l'intestin et forme par une striction étroite un profond sillon ; je la sectionne et je puis alors examiner l'intestin. Il était dans un piteux état, très aminci, réduit à sa tunique séreuse, il allait très certainement se perforer à bref délai, tout comme il se perfore quand il est stricturé par l'agent d'étranglement dans les hernies étranglées. — Il était donc impossible de le réduire dans l'abdomen — Une résection, tout au moins un enfouissement circulaire étaient nécessairement indiqués.

Cependant l'état de l'enfant baissait de plus en plus, sa respiration était devenue excessivement rapide et superficielle, son pouls presque imperceptible ; un dénouement fatal nous menaçait sur la table d'opération, je me résignai donc à faire l'anus contre nature, rapidement je coupai l'intestin en travers au niveau même du sillon d'étranglement, et j'abouchai à la paroi par quatre points de suture les deux bouts accolés en canon de fusil. — C'est le maximum de ce qui pouvait être fait. — Mon impression et celle des assistants était que l'enfant ne s'en remettrait pas en dépit des injections de sérum, d'éther et de caféine qu'on s'empressait de lui faire. — Heureusement les événements ne répondirent pas à notre attente, peu à peu le pouls redevint perceptible, la respiration fut plus calme, les extrémités se réchauffèrent et — l'opération avait été faite à une heure du matin — quand je revins près de l'enfant vers huit heures du matin, son état était plus rassurant. — Les matières coulèrent en abondance par l'anus artificiel, la stercorémie disparut et en dépit d'une petite suppuration de la plaie pariétale, la guérison se fit normalement.

Restait à fermer l'anus contre nature. — Je m'y ingéniai au moyen d'opérations extrapéritonéales ; j'avoue qu'après avoir ramené cet enfant de si loin je n'osais pas tenter chez lui la cure radicale de l'anus contre nature par la voie péritonéale, de peur d'une péritonite. A plusieurs reprises, je sectionnai l'éperon entre deux pinces, je décollai un liseré de paroi intestinale et fermai l'anus par plusieurs plans, ces tentatives furent infructueuses. — Bien plus, au cours de ma dernière, j'ouvris une anse grêle qui était adhérente à la cicatrice, la suture que je fis immédiatement de la petite plaie ainsi produite ne tint pas et il y eut ainsi à côté de l'anus une nouvelle fistule par laquelle s'écoulaient des liquides intestinaux très irritants. Cela me détermina à finir par où j'aurais dû commencer ; je fis une laparotomie par laquelle je fermai facilement et l'anus artificiel et la fistule. Cette dernière intervention réussit complètement ; trois semaines après le petit malade se levait définitivement guéri ; et il est actuellement aussi bien portant que possible.

OBSERVATION II. — Madame X.... 34 ans. — J'ai malheureusement égaré l'observation complète de la malade qu'avait bien voulu me rédiger mon confrère LEGRAND, de La Bassée ; je n'en donne donc ici qu'un résumé.

Il s'agit d'une femme jusque là bien portante, mais habituellement constipée. Quinze jours auparavant elle présenta brusquement des accidents d'occlusion intestinale aiguë. Le tableau complet de l'affection se déroula pendant quelques jours, puis un lavement électrique amena une évacuation abondante et tout rentra dans l'ordre. Mais quelques jours plus tard les vomissements réapparurent, le ventre se ballonna de nouveau et la stercorémie devint manifeste. Le 30 mai 1905, cinquième jour de cette rechute, je vis la malade dont l'état général commençait à devenir inquiétant, il y avait des vomissements fécaloïdes, le pouls était rapide et filant, la langue sèche, par contre le ballonnement n'était pas considérable. Avec l'aide des docteurs LEGRAND et SACLEUX nous procédâmes sur le champ à la laparotomie. Après incision sous-ombilicale recherche du cœcum qui est aplati et vide. Nous remontons alors l'intestin grêle en partant du cœcum et à un mètre environ de ce dernier nous trouvons le siège de l'étranglement. Il s'agit d'un étranglement par une bride épaisse et large d'un demi-centimètre qui adhère au bord mésentérique de l'intestin et enserre complètement ce dernier à la façon d'un garrot — la bride est coupée et repérée au moyen d'une pince, elle semble avoir son origine dans le bassin. — Malgré la durée des accidents les lésions de l'intestin ne sont pas trop considérables, la tunique séreuse a disparu sur toute la circonférence au niveau de la striction et la musculeuse a été entamée, mais il ne s'agit pas là de lésions irrémédiables et un surjet séro-séreux à la soie nous a paru suffisant pour rétablir l'intégrité anatomique de l'organe. — Comme les intestins dilatés étaient quelque peu éviscérés dans des compresses chaudes nous procédâmes alors à leur réintégration, et au cours de celle-ci, pendant les efforts qu'il fallut faire, la pince qui tenait la bride céda brusquement et la bride disparut dans la profondeur. Une rapide recherche demeura infructueuse, l'état de la malade ne m'autorisait pas à faire davantage ; je pris donc le parti de terminer l'opération sans me

renseigner davantage sur les connexions de la bride. La guérison se fit sans incident ; j'ai revu la malade ces temps derniers, elle est restée parfaitement guérie et n'a plus jamais souffert dans l'abdomen ; ses fonctions intestinales s'accomplissent normalement.

Ces deux observations méritaient d'être rapprochées, car dans les deux cas, la bride se comportait de façon identique vis-à-vis de l'intestin, l'enserrant comme aurait fait une ligature par un mécanisme peut-être difficile à comprendre et creusant sur toute la circonférence un sillon d'étranglement très net. Ce sillon était absolument analogue à celui qu'on observe dans les hernies étranglées, particulièrement dans les hernies inguinales dont, comme on sait, l'agent d'étranglement est généralement circulaire. L'analogie peut même être poursuivie plus loin ; dans le premier cas la bride était mince et coupante, le sillon profond et étroit, la vitalité de l'intestin plus que compromise ; dans le second cas, la bride était plus épaisse et plus souple, le sillon plus large et moins profond, l'intestin encore loin du sphacèle : n'est-ce pas là la reproduction dans le premier cas, des lésions dues aux collets minces et résistants de la hernie inguinale congénitale récente et dans le second, des lésions causées par le collet fatigué et forcé des hernies anciennes et volumineuses ou acquises? Mais dans un cas comme dans l'autre, un peu plus tôt, un peu plus tard, la conséquence inéluctable de la striction prolongée ne doit-elle pas être la destruction mécanique de la paroi intestinale, avec sa conséquence fatale, la péritonite mortelle ?

L'anus contre nature pratiqué dans ces circonstances assurerait bien le drainage de l'intestin, parerait peut-être à la stercorémie, mais n'en constituerait pas moins une erreur thérapeutique.

En vérité, entre l'anus contre nature et la laparotomie, il ne devrait jamais y avoir d'hésitation possible, parce que *théoriquement*, on ne devrait jamais se trouver en présence d'occlusions datant de quatre, cinq, six jours et davantage Mais hélas, la pratique est loin de la théorie et il ne peut en être autrement en raison de la nature de l'affection, de la multiplicité de ses causes, de l'incertitude et de la diversité de son évolution, de la possibilité même de sa guérison spontanée ou par des moyens anodins.

Ces derniers cas sont peut-être les plus dangereux car ils nous frappent plus fortement et ils restent gravés dans notre mémoire bien plus que nos insuccès, dont le souvenir nous est souvent léger. Nous avons en effet tous vu des malades pour lesquels nous apprêtions déjà notre bistouri et dont l'occlusion contre notre attente cédait brusquement à une entéroclyse, à un lavement électrique, voire à un purgatif, voire spontanément. Les faits de ce genre et la grande difficulté de poser le diagnostic dès la première heure font comprendre et excusent presque les tâtonnements et la temporisation du début.

C'est cependant à cela qu'il faut s'attaquer. Devant la multiplicité des causes de l'occlusion intestinale, il faut rejeter tout optimisme, oublier les obstacles facilement levables pour ne penser qu'aux plus graves. Devant la difficulté du diagnostic, il faut sans perdre de temps mettre en œuvre les moyens qui nous permettent de l'établir rapidement. Il n'est pas question d'attendre l'apparition des vomissements fécaloïdes, l'existence d'un ballonnement considérable, la stercorémie, etc., à cette période la partie est déjà très compromise. Pour affirmer le diagnostic, nos efforts doivent tendre à la disparition des deux symptômes qui s'installent après la douleur initiale, à savoir la suppression des selles et l'absence d'émission de gaz par l'anus. Or, notre thérapeutique est vite épuisée en cette matière ; tout le monde est à peu près d'accord aujourd'hui pour proscrire, d'une façon formelle, sauf de rares occasions, les purgatifs trop dangereux et inutiles. Restent alors l'entéroclyse, c'est-à-dire le grand lavage intestinal méthodiquement donné et surtout le lavement électrique. Ce sont ces moyens qu'il faut se dépêcher de mettre en œuvre avec la ferme résolution de ne pas insister s'ils n'aboutissent pas. Malheureusement, ils ne deviennent indicateurs de l'intervention chirurgicale que s'ils fournissent un résultat négatif ; le champ reste ainsi libre aux critiques qui peuvent porter sur le manque de persévérance ou sur la défectuosité de la technique ; il importe de ne s'en point soucier. Il importe également de ne pas se laisser impressionner par l'état général qui paraît rester bon ; en dépit d'un pouls normal, d'un bon faciès, ces malades n'en sont pas moins déjà stercorémiques et la preuve, c'est qu'après plusieurs jours d'occlusion avec un état général en apparence excellent, il arrive de voir en l'espace de quelques heures, à ce tableau rassurant, succéder celui de l'intoxication stercorémique la plus profonde. Donc posons vite notre diagnostic et ainsi nous pour-

rons à temps faire la seule intervention logique et réellement curatrice, la laparotomie. En un sujet aussi vaste, on ne peut point tout dire mais j'avoue que tous les succès obtenus par les lavements répétés à outrance, que ceux mêmes de l'anus contre nature ne me consoleraient pas d'avoir perdu un malade, chez lequel, en raison même de la cause de l'occlusion, toute thérapeutique autre que la laparotomie doit par définition aboutir à un insuccès.

Le médecin allemand

IMPRESSION DE VOYAGE

par **Georges Petit**, Interne des Hôpitaux.

Au cours de notre voyage en Allemagne, nous avons eu l'occasion d'entendre M. le professeur Kossmann, de Berlin, prononcer devant nous un discours qui intéressera, croyons-nous, les lecteurs de l'*Écho Médical du Nord*.

L'orateur, qui fut l'organisateur de cette chaleureuse réception qui nous fut faite à Berlin, nous a parlé, avec une pointe d'humour que nous avons rarement rencontrée parmi nos hôtes fort aimables du reste, de la carrière, de la situation et du caractère du médecin allemand.

« Il y a une espèce d'institution médicale que vous » ne comprendrez pas tout à fait sans une description » préalable : C'est le médecin allemand lui-même ! » Permettez-moi donc de vous peindre en peu de » mots sa carrière, sa situation et son caractère !

» Après trois années d'enseignement primaire les » garçons destinés aux études scientifiques entrent » dans une école secondaire dont nous possédons en » Allemagne trois genres : le gymnase, le gymnase » réal et l'école réale supérieure. Elles se distinguent » entre elles par le plus ou moins d'importance » qu'elles attribuent à l'étude des langues classiques, » leur scolarité normale est de 9 années : on peut » donc passer l'examen de maturité, correspondant » au baccalauréat français, à l'âge de 18 ans.

» L'examen du gymnase ou du gymnase réal donne » le droit de se faire inscrire à l'Universite pour les » études de Médecine. Après des études de cinq » semestres au moins dédiées à l'enseignement de » l'anatomie normale, de la physiologie, de la physique, de la chimie, de la zoologie et de la botanique, » on peut passer l'examen primaire ; après cela on » commence les études pathologiques et on fréquente » les cliniques.

» A la fin d'une scolarité de cinq années au moins » dont un semestre peut être employé au service » militaire, on est admis à l'examen définitif qui » comprend : l'anatomie pathologique, la pathologie » générale, la médecine interne, la chirurgie, la » gynécologie et l'obstétrique, l'ophtalmologie, la » psychiâtrie et l'hygiène. En général cet examen » dure plusieurs mois, un semestre et même davantage.

» Cependant on n'est pas encore médecin. Il faut » passer encore une année de pratique dans quelque » hôpital avant de recevoir le diplôme appelé » d'« approbation ». Cette approbation est indépendante du doctorat. On peut être médecin sans être » docteur en médecine. Ce titre, que l'on obtient par » un examen, est, pour ainsi dire, un titre de luxe.

» Du reste l'approbation ne vous donne en Allemagne presque aucun privilège, sinon celui de la » vaccination. L'exercice de la médecine est libre en » Allemagne et les empiriques ont même le droit de » s'appeler médecins, s'ils ajoutent le mot « sans » approbation ». Les médecins étrangers ont de » même le droit d'exercer et de s'appeler docteurs et » médecins, s'ils produisent l'origine de leurs diplômes. Il s'ensuit que la situation des médecins est » fort précaire. Ils souffrent de la concurrence acharnée d'une foule énorme de charlatans. De plus les » lois sociales, surtout celle de l'assurance publique, » ont déchaîné une concurrence bien vive entre les » médecins eux-mêmes. Car si les honoraires payés » par les caisses d'assurance sont minimes, il est » toujours séduisant, surtout pour les novices de » notre métier, de s'assurer un revenu sûr en se » mettant à la disposition d'une caisse. C'est pour » cela qu'un mouvement s'est produit depuis » quelques années en faveur de la participation de » tous les médecins au service des caisses. Les désavantages d'un tel système ne peuvent pourtant pas » rester méconnus et c'est pour cela qu'il est encore » loin d'obtenir gain de cause.

» Toutes ces difficultés ont amené le médecin » allemand à s'organiser, d'abord d'une manière » privée. A côté des nombreuses sociétés scientifiques, il y a une foule d'associations destinées à » defendre les intérêts matériels et idéaux de la » profession et qui se sont rassemblées dans une

» grande union centrale, le Deutsche Aerztevereins-» bund. Dans la plupart des Etats de l'Empire, on a » de plus organisé une représentation officielle de » tous les médecins de chaque province, la chambre » médicale. Un représentant est nommé pour chaque » cinquantaine de médecins : l'élection se fait tous » les trois ans : les chambres ont le droit de lever » une contribution. Elles ont également le droit de » créer une cour d'honneur chargée de juger les » médecins en cas de contravention contre la dignité » de la profession. Ses arrêts sont exécutés par les » magistrats publics.

» Reste à vous donner une explication des titres » que vous rencontrez parmi nous, peut-être à votre » grand étonnement. Les gouvernements allemands » ont la coutume de récompenser les mérites vrais » ou prétendus tels non seulement par des décora-» tions, mais aussi largement par des titres. Les » médecins, n'ayant aucun caractère officiel sont » ainsi nommés, après vingt années d'exercice environ » « conseillers de santé » et après 10 à 15 autres » années « conseillers intimes de santé ». Les méde-» cins de caractère officiel reçoivent les titres de » « conseiller médical » ou de « c. méd. interne ». Ils » sont très rarement promus au rang de « cons. méd. » int. supérieur » ou même de « cons. int. actuel » » avec le prédicat d'Excellence. Le titre de professeur » longtemps réservé aux membres d'une faculté de » médecine, a commencé, depuis quelque temps, à » être attribué également à des médecins de pro-» fession libre, n'appartenant à aucune faculté, » pour les récompenses de leurs mérites scientifiques.

» Telle est, Messieurs, la situation actuelle du méde-» cin allemand, esquissée en peu de paroles. Vous » voyez bien que vous n'avez point raison d'envier » notre sort. »

Nous ne sommes point aptes à juger si la scolarité, telle qu'elle est connue en Allemagne, donne des résultats supérieurs à la nôtre. Il faudrait fréquenter longtemps la clinique pour juger le niveau médical du praticien de demain ; nous voulons simplement attirer l'attention sur un fait qui nous a beaucoup frappé, quoi qu'il ne soit pas signalé par l'orateur : C'est l'absence totale des concours.

C'est « au mérite » que l'on est nommé assistant, privat-docent et professeur. Le mérite de chacun est-il toujours justement apprécié ? Nous voulons bien le croire, mais il est certain que nous nous accommoderions mal d'un pareil régime. Cela n'empêche pas beaucoup de Français de critiquer nos séries de concours : Remarquez qu'aucun parmi ceux-là ne serait partisan de la sélection telle qu'on la pratique en Allemagne : le Français, très sceptique, sait qu'il y a tant de façons d'exalter ou d'amoindrir le mérite de chacun ? Convenons donc que notre système a du bon et que, malgré ses imperfections, c'est encore celui qui répond le mieux à notre esprit.

L'organisation des médecins allemands nous a paru présenter de sérieux avantages : tout d'ailleurs est bien organisé là-bas, les Allemands ont le génie administratif et le corps médical ne fait point exception.

Que pensez-vous de cette cour d'honneur où les médecins sont jugés par leurs pairs et les arrêts exécutés par les magistrats publics ? Cette façon de défendre sa cause devant les seules personnes qui soient capables d'apprécier des situations parfois délicates et souvent d'une interprétation difficile pour les « extra-médicaux », nous semble parfaite : nous ajouterons toutefois que nous ne connaissons rien du fonctionnement intime de ces « chambres médicales ».

Qui donc disait que chez nous tout le monde était décoré ? Une personne qui ne l'était pas. En Allemagne, beaucoup de médecins sont décorés, sinon d'un ruban, du moins d'un titre, souvent de deux. Le titre « conseiller intime de santé », réservé à des médecins ayant de 30 à 35 ans d'exercice nous a souvent fait sourire. Pourquoi intime ? Serait-ce que l'âge et les cheveux blancs du médecin incitent ses clientes à lui faire des confidences qu'un autre, plus jeune, recevrait, du moins chez nous, avec tout le sérieux inhérent à la profession ? Nous ne savons : en tous cas n'envions pas un titre accordé au « bénéfice » de l'âge.

Les Français ont la fâcheuse manie de trouver admirable tout ce qui est étranger : Il était réconfortant d'entendre un allemand nous dire que nous n'avions point à envier leur sort.

Consultations Médico-Chirurgicales

Fracture de la rotule

Pr L. Dubar et Dr J. Druchbert

INFORMATIONS CLINIQUES. — I. Un homme de

30 à 50 ans est tombé, et son genou a porté contre un corps résistant (pierre, escalier) ou bien il n'y a pas eu de choc direct sur l'os, mais la contraction énergique du triceps crural au moment de la chute a brisé la rotule ; ces deux facteurs, choc direct et contraction musculaire, peuvent du reste exercer simultanément leur action.

II. Dans un second cas, moins fréquent, le malade a voulu se retenir de tomber ou se redresser brusquement ; la contraction du triceps a arraché en deux fragments la rotule, qui était cassée avant que le genou ait touché le sol.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. — Quel que soit le mécanisme de la fracture, les deux fragments sont écartés par la rétraction du muscle : les parties fibreuses périrotuliennes portent des déchirures plus ou moins étendues ; os et ligaments ont saigné dans la cavité articulaire, qui, irritée d'autre part par le traumatisme, est le siège d'une hémo-hydarthrose importante. Telles sont les lésions immédiates ; d'autres sont à redouter pour l'avenir. Les muscles sus-jacents et principalement le triceps crural vont s'atrophier, et souvent rapidement. Cette atrophie est due à la fois à l'impotence fonctionnelle du membre et à un phénomène trophique réflexe causé par la distension de l'articulation. Enfin les phénomènes d'arthrite traumatique du genou qui s'ajoutent à la fracture peuvent, si l'on n'y remédie, causer des raideurs articulaires.

Les indications sont les suivantes :

a) Débarrasser l'articulation des épanchements trop abondants : parce qu'ils gênent la coaptation des fragments ; parce qu'ils déterminent des atrophies musculaires réflexes.

b) Obtenir la coaptation et l'immobilisation des fragments.

c) Combattre les phénomènes d'arthrite et les raideurs.

d) Empêcher l'atrophie des muscles de la cuisse.

TRAITEMENT. — Les moyens à employer pour obtenir une restauration parfaite des fonctions du membre varieront suivant le degré des lésions.

I. TRAITEMENT DE L'ÉPANCHEMENT INTRA-ARTICULAIRE. — On se conduira comme si l'on était en présence d'une hémarthrose du genou, due à une simple contusion ou à une entorse.

a) **L'épanchement est peu abondant.** — Il n'y a habituellement, en pareil cas, qu'un écartement minime des fragments : le bandage unissant ces fragments sera doublé d'une compression ouatée exercée sur le genou.

Bandage ouaté compressif. — Si l'on veut comprimer le genou sans que l'appareil soit une cause de douleurs, sans qu'on ait à redouter des gangrènes dues à un excès de compression, il faut : 1) que la compression ne s'exerce pas seulement sur le genou, mais qu'elle comprenne toute la portion du membre située en dessous, c'est-à-dire le pied et la jambe ; 2) que le membre soit garni d'une quantité d'ouate suffisante.

Après avoir placé sur le genou quelques épaisseurs de compresses imbibées de liquides résolutifs : eau blanche, eau-de-vie camphrée, on enroule autour du membre inférieur de l'ouate en feuilles, bien uniformément jusqu'à ce que l'appareil ait un volume triple de celui du membre. Puis, on comprime cette ouate en enroulant une bande à partir des orteils en remontant successivement au cou-de-pied, à la jambe et au genou, le talon aura été soigneusement garni d'ouate et ne sera pas oublié dans la compression par les tours de bande. Pour être efficace, ce bandage sera renouvelé au moins tous les huit jours, car l'ouate se tassant et le genou se dégonflant, la compression va diminuant.

b) **L'épanchement est considérable.** Une hémarthrose volumineuse met six semaines à se résorber par le simple bandage compressif ; nous avons vu les graves inconvénients qui peuvent en résulter : écartement des fragments, atrophies musculaires réflexes, raideurs ultérieures. L'arthrotomie nous permettra de débarrasser le malade plus rapidement. Après quelques jours de traitement par les compresses résolutives, le repos au lit et l'immobilisation du membre en gouttière, l'hémostase est faite au niveau du foyer de fracture et l'épanchement ne se reproduira pas après son évacuation ; celle-ci présente encore l'avantage de supprimer en grande partie les douleurs.

Arthrotomie. — Le champ opératoire ayant été désinfecté avec le plus grand soin, on empaume la partie inférieure du genou avec la main gauche et l'on refoule le sang vers le cul-de-sac sous-tricipital : dans cette poche ainsi tendue, on enfonce le bistouri à la partie externe de la cuisse, au-dessus du condyle du fémur. En comprimant l'articulation, **on évacue les liquides et les caillots** par l'orifice maintenu béant à l'aide d'une pince ouverte, il peut être indiqué de nettoyer l'articulation en certains cas, au moyen d'une **injection d'eau stérilisée**, simple ou légèrement antiseptique. L'articulation vidée, on met sur la petite plaie une griffe de Michel et un pansement ; un bandage ouaté compressif empêchera la reproduction de sérosité dans l'articulation.

II. COAPTATION ET IMMOBILISATION DES FRAGMENTS. — Deux cas sont à considérer : les fragments sont faiblement ou fortement écartés.

A. L'écartement des fragments est faible. — L'écartement des fragments est égal au plus à deux centimètres ; l'épanchement intra-articulaire est peu abondant, les ailerons de la rotule paraissent intacts ; on peut éviter au malade l'ouverture du genou, opération toujours sérieuse, dangereuse même, si l'on n'est pas certain d'une asepsie parfaite ; en pareil cas sont indiqués l'immobilisation simple et le massage.

Immobilisation. — Le fragment supérieur de la rotule étant attiré en haut par le triceps, l'appareil doit lutter contre l'action de ce muscle pour remettre en contact les deux fragments osseux. Le membre sera maintenu dans l'extension, légèrement au-dessus du plan du lit en soulevant la jambe et le talon, le triceps se trouvant relâché par l'extension de la jambe et la flexion de la cuisse sur le bassin ; reste à appliquer à la rotule le bandage dit unissant des plaies en travers.

Les fragments de la rotule étant saisis chacun entre le pouce et les deux premiers doigts de chaque main, on s'assure que rien d'interposé ne les empêche de se mettre en contact, mais il faut se garder d'exercer des mouvements de latéralité pour sentir la crépitation ; ces mouvements peuvent désinsérer les lambeaux fibreux ou périostiques encore adhérents d'un fragment à l'autre et dont l'intégrité est d'un grand secours pour la formation d'un bon cal.

Un rouleau d'ouate est placé en fer à cheval au-dessus de la rotule, un autre embrasse le fragment inférieur ; un morceau d'ouate garnit le creux poplité. Une bande de flanelle ou de crêpe est alors enroulée autour du genou en sorte que les deux bourrelets d'ouate maintiennent les deux portions de la rotule en contact ; pour cela, la bande, après avoir comprimé le bourrelet supérieur, passe au-dessous du genou, revient comprimer le bourrelet inférieur et repasse au-dessous du genou pour remonter de là sur le bourrelet supérieur. Si par l'action de ce bandage, les fragments avaient tendance à former un angle en s'éversant, il est facile de corriger cette déviation avec un petit coussinet d'ouate appliqué dans l'intervalle des deux bourrelets et fixé par un ou deux tours de bande circulaire.

Pour que cette compression puisse s'exercer sans inconvénients il faut y adjoindre un bandage ouaté comprimant la jambe et le pied. Cet appareil très simple et très efficace s'il est appliqué et surveillé soigneusement, remplace avantageusement les nombreux appareils en cuir, gutta-percha, etc...

B. L'écartement des fragments est supérieur à deux centimètres. — Dans ce cas, l'épanchement sanguin est considérable et les ailerons déchirés largement. Il est douteux qu'on obtienne une coaptation suffisante avec un simple bandage, il est indiqué d'ouvrir la jointure pour la débarrasser des caillots et fixer solidement les fragments osseux au contact l'un de l'autre.

Si la fracture est compliquée de plaie profonde, quel que soit l'écartement des fragments, il n'y a pas pas à hésiter, la plaie gagnera souvent à être débridée, si on veut la désinfecter à fond ; la voie étant ouverte, il faut en profiter pour réunir les fragments osseux.

Par contre, toute intervention sanglante est formellement contre-indiquée si on n'est pas certain d'une asepsie absolue, soit à cause du milieu où l'on opère, soit qu'il existe une infection de la peau du genou par des éraillures non soignées ou par des morsures de sangsues mal pansées ; elle est également contre-indiquée si l'état général du sujet est mauvais. Ouvrir l'articulation du genou dans des conditions aussi défectueuses, c'est exposer parfois la vie du malade, c'est presque à coup sûr compromettre les fonctions du genou.

CHOIX DU MODE DE RÉUNION DES FRAGMENTS OSSEUX. — Si les fragments sont égaux ou presque, et au nombre de deux, ou trois au plus, on fera la suture ; s'il s'agit d'une fracture avec fragment inférieur trop petit pour soutenir deux fils d'argent, ou d'une fracture avec esquilles multiples et irrégulières, on préfèrera le cerclage. Dans certains cas, ces deux procédés peuvent être combinés ; c'est ainsi qu'en cas d'arrachement de la pointe de la rotule, on peut fixer celle-ci par une suture au fil d'argent et consolider cette suture avec un cerclage.

Qu'il s'agisse de suture ou de cerclage, on fera au niveau du genou une incision en H ou en U ouvert en haut, en sorte que ce lambeau relevé découvre toute la face antérieure de la rotule. On enlève avec soin les caillots qui se trouvent sous la peau, dans l'interstice des fragments, dans la bourse sous-tricipitale et l'articulation du genou. On veillera à ce qu'aucun lambeau de tissu ne vienne s'interposer entre les fragments, mais on respectera avec soin les portions de périoste ou de tissu fibreux qui pourraient unir encore les fragments.

Suture de la rotule. — Avec un perforateur, faites un trou dont le trajet commence à un centimètre de distance du trait de fracture et vient par un trajet oblique aboutir au niveau même des surfaces fracturées sans entamer le cartilage de la face postérieure de l'os ; on fait ainsi deux trous dans le fragment inférieur et deux trous correspondant aux premiers dans le fragment supérieur. Le perforateur ramène en le retirant les chefs d'un gros fil d'argent. Pendant qu'un aide maintient bien en contact les deux fragments on fixe les fils en les tordant. On coupe les fils court et on replie leur pointe en l'enfouissant dans le périoste ; si on préfère ne pas laisser ces fils à demeure, on les laisse plus longs et on les fait passer par une boutonnière faite à la peau.

Si l'épaisseur du fragment rotulien ne permet pas de ménager la face cartilagineuse de la rotule en perforant, on serrera un peu plus fort les fils pour qu'ils viennent s'inclure dans l'épaisseur même du cartilage, ce qui évitera des frottements dans l'articulation.

Cerclage. — Avec une forte aiguille à périnéoraphie ou de Reverdin suffisamment courbe, traverser dans sa largeur le tendon rotulien et ramener un des chefs du fil d'argent en retirant l'aiguille ; traverser de même l'aileron interne puis le ligament rotulien et enfin l'aileron externe. Le second chef du fil se trouve ramené au contact du premier et le fil décrit un cercle complet autour de la rotule. Pendant que l'aide assure la coaptation, on serre le fil en le tordant. Si on a pris soin de raser l'os de près et si les tissus fibreux sont bien épais, les fragments seront maintenus aussi solidement qu'avec la suture.

Qu'on ait cerclé ou suturé, il est bon de compléter l'opération en réunissant avec quelques points au catgut les tissus fibreux prérotuliens et les parties latérales.

III. TRAITEMENT CONSÉCUTIF. — Les phénomènes aigus de l'arthrite traumatique disparaissent habituellement sous l'influence du repos au lit et de l'immobilisation auxquels sont soumis les malades ; mais il est à craindre qu'en même temps l'articulation ne s'enraidisse et que les muscles de la cuisse ne s'atrophient.

Les raideurs articulaires les plus graves sont celles qui surviennent après la suture quand on a eu de la suppuration ; aussi le meilleur traitement préventif consiste à **s'abstenir de toute opération sanglante si on n'est pas certain de son asepsie** ; de même certains ouvriers ont de par leur profession un encrassement de la partie antérieure du genou, ce ne sera pas trop de plusieurs jours de désinfection en pareil cas, et **trop de précipitation serait nuisible.**

Lorsqu'on a fait la suture de la rotule, la plaie est protégée par un pansement bien aseptique ou antiseptique si c'est nécessaire, et le membre maintenu au repos dans une gouttière en fil de fer ou un appareil plâtré. Si le malade ne présente aucune élévation thermique, l'appareil n'est enlevé qu'au bout du dixième jour ; les sutures cutanées sont coupées et l'on peut déjà faire quelques petites manœuvres d'effleurage au pourtour du genou et sur les muscles de la cuisse. A partir du quinzième jour seulement on peut **masser** plus énergiquement et commencer à **mobiliser** la jointure. On ne fera que des mouvements de flexion de peu d'amplitude et il est prudent qu'un aide maintienne les fragments en surveillant s'ils n'ont aucune tendance à s'écarter. Entre les séances quotidiennes de massage, le membre sera remis dans la gouttière ouverte.

Suivant l'intensité des lésions primitives on permettra au malade de se lever et de **faire quelques pas au bout de vingt à trente jours**; on s'efforce petit à petit de fléchir jusqu'à l'angle droit et l'on engage le malade à s'asseoir sur le bord de son lit, la jambe pendant au dehors ; par son propre poids, elle fléchit le genou.

Le massage et la mobilisation peuvent se faire d'une façon plus précoce quand on a suturé ou cerclé les fragments ; si la fracture n'a pas été suturée, il sera prudent d'attendre un mois avant d'essayer de fléchir le genou mais rien n'empêche de masser beaucoup plus tôt les muscles de la cuisse. S'il ne survient aucune complication, les fonctions du membre sont suffisamment rétablies au bout de trois ou quatre mois pour que le malade puisse reprendre ses occupations. On lui recommandera pour éviter des fractures itératives ou des déchirures du col fibreux le port d'une bonne genouillère ; on préfèrera aux genouillères en tissu élastique qui serrent trop fort quand elles sont neuves, et ne maintiennent plus suffisamment le genou dès qu'elles ont un peu d'usage, les genouillères en peau de chien, que l'on serre à l'aide d'un lacet posé sur le côté externe.

Les fractures de la rotule sont assez souvent bilatérales; elles ont souvent pour cause, outre le traumatisme occasionnel, une raréfaction du tissu de la rotule; aussi est-il prudent pour l'avenir de prévenir tout malade dont la rotule s'est fracturée qu'il est plus exposé qu'un autre aux fractures de la rotule du côté opposé.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le **Congrès international d'hygiène alimentaire et de l'alimentation rationnelle de l'homme** se réunira à Paris, à la Faculté de médecine, du 22 au 27 octobre 1906, sous le haut patronage de M. le Président de la République et du Gouvernement.

Dans le programme des questions à traiter nous relevons :

Dans la 1re section. — *Physique biologique, Energétique :* 1° Méthodes de calorimétrie humaine ; 2° Besoins de chaleur du corps humain, aux divers âges et dans les différents climats ; 3° Mesure du travail physiologique ; 4° Mesure du travail professionnel musculaire ; 5° Mesure du travail intellectuel ; 6° Vérification des besoins énergiques. Méthodes et formules d'énergétique.

Dans la 2e section. — *Chimie biologique et Physiologie :* — 1° Etat présent des connaissances et des théories sur la nutrition. Déterminer les conditions de la nutrition normale. Minimum des aliments organiques et

minéraux ainsi que des boissons nécessaires. Quantité minima d'oxygène. Valeur du coefficient respiratoire. Influence de la minéralisation sur la formation des tissus. Rôle des substances colloïdales dans la nutrition. Ferments solubles et ferments figurés dans la digestion et la nutrition ; 2° Définition précise de ce qu'il faut entendre par un aliment. L'observation de l'isodynamie dans la composition des rations doit-elle être considérée comme suffisante, le minimum d'albuminoïdes et de minéraux étant respecté ; 3° Valeur glycosique des aliments. Quel compte en doit-on tenir dans l'établissement des rations ; 4° Digestibilité des aliments. Nombre optimum de repas. Durée du du repos après le repas. Critique des méthodes employées pour déterminer la digestibilité. Influence de la préparation des aliments sur la digestibilité ; 5° Synthèse chimique des aliments physiologiques ; 6° Classification des aliments d'après leur valeur physiologique. Valeur et danger des aliments nervins. L'alimentation végétarienne ; 7° L'alcool est-il un aliment ? Abus et dangers de l'alcool ; 8° Comment préciser par des caractères physiques ou chimiques faciles à reconnaître la valeur nutritive d'une substance alimentaire de façon à pouvoir introduire cette valeur nutritive comme élément dans la fixation de la valeur commerciale ; 9° La stérilisation nuit-elle au développement de la flore stomacale et intestinale utile ? L'alimentation peut-elle maintenir et favoriser l'immunité naturelle ; 10° Alimentation défectueuse ou insuffisante. — Suralimentation et alimentation surabondante. Maladies qui en résultent. Les régimes dans les maladies (tuberculose, foie, arthritisme, etc).

Dans la 3e section. — *Alimentation rationnelle; Diététique* ; 1° Etat de l'alimentation populaire au commencement du XXe siècle chez les différents peuples (enquêtes directes et indirectes, valeur physiologique des rations actuellement consommées dans les diverses localités) ; 2° Ration d'entretien aux divers âges ; 3° Détermination de méthodes rigoureuses d'établissement des rations alimentaires appliquées à la croissance et au travail. Procédés de calcul. Tables usuelles. Quel compte doit-on tenir de la relation nutritive (rapport nutritif) ? ; 4° Sous-sections spéciales à créer pour les applications à la ration alimentaire. *a*) Des nourrices et des nourrissons ; *b*) de l'adolescence dans la famille et en pension ; *c*) du travailleur manuel à l'usine, à l'atelier et au chantier ; *d*) du travailleur intellectuel ; *e*) du travailleur des champs ; *f*) des professions manuelles féminines ; *g*) du soldat ; *h*) du marin ; *i*) du colon ; *j*) des sportsmen.

Dans la 4e section. — *Alimentation rationnelle ; Diététique* : 1° Tables chimiques (et calorique si possible) des aliments dans les divers pays, avec indication des déchets (refuses) s'il y a lieu ; 2° Peut-on définir les caractères précis, physiques et chimiques des types d'aliments manufacturés (pure foods) ? Quels sont ces caractères ? 3° Méthodes d'analyses des vins, bière, cidre, spiritueux, lait, beurre, fromages, huiles comestibles, graisses, suifs, saindoux, margarines, huiles de coco; nouvelle méthode de recherche des corps gras; nouvelle méthode de recherche de la cellulose dans les aliments végétaux ; 4° Indiquer les falsifications auxquelles sont actuellement soumis les aliments dans chaque pays ; 5° Le contrôle opéré par les associations de producteurs sur les produits fabriqués par leurs membres est-il susceptible de prévenir la falsification de ces produits ? Peut-il faciliter la répression des falsifications ultérieures ? Expérience du Danemark, des Pays-Bas et autres pays. Coopératives agricoles. Certificats d'origine. 6° Sous-sections spéciales : *a*) Unification des méthodes d'analyse des denrées alimentaires dans les laboratoires officiels en vue de la détermination et de la répression des falsifications. *b*) Unification de la législation internationale en matière de fraudes et de falsification des aliments de l'homme. *c*) 1° Organisation des services d'inspection et de contrôle de la fabrication, de la production et de la vente des denrées alimentaires dans chaque pays. Etat actuel. Améliorations à y apporter ; 2° Réglementation de l'hygiène et de la salubrité des emballages et des magasins destinés à l'entreposition et à la vente des aliments de l'homme. *d*) Les laboratoires municipaux et départementaux. Fonctionnement actuel. Améliorations. 7° Les lois de répression des fraudes et falsifications peuvent-elles suffire à assurer l'hygiène alimentaire ? A quelles conditions ? 8° Expertises alimentaires.

Dans la 5e section. — *Bactériologie. Toxicologie, Parasitologie* : 1° Produits d'altération dans les viandes ; les œufs et les gâteaux à la crème ; 2o Viandes, organisation des marchés et halles. Viandes frigorifiées. Viandes en général, volailles, poissons ; 3° Les parasites de la viande ; 4° Parasites des cadavres ; 5° Légumes toxiques ; 6° Questions diverses ; De la tuberculinine, sa présence dans le lait ; Action de la tuberculinine modifiée (tuberculinase) sur les vaches tuberculeuses ; Prophylaxie des contagions par l'alimentation. Lait (tuberculose) ; Toxicité résultant des impuretés qui peuvent accompagner les substances, entrant dans la fabrication de certaines denrées alimentaires, ou que la fabrication peut y introduire. Bières et sucreries arsenicales, présence de métaux toxiques dans les conserves alimentaires, etc. ; Antiseptiques. Toxicité et recherche.

Dans la 6e section. — *Statistique, Enseignement, Voies et moyens* : 1° Prix de la nourriture (consommation) dans les villes et les campagnes des divers pays au siècle dernier et au commencement du XXe siècle. Part de l'impôt dans le prix des aliments usuels dans les divers pays et leurs agglomérations urbaines ; 2° Centres de production et origine des aliments usuels, statistique de la production. Prix à la production, à la fabrique et sur les marchés de

gros ; 3° Moyens d'approvisionnement les plus propres à assurer, au meilleur marché, l'alimentation des travailleurs des villes ; 4° Etat présent de l'approvisionnement en denrées alimentaires des centres urbains et des campagnes, dans les différents pays. Améliorations possibles. Statistiques officielles ou particulières; 5° *a*) La production mondiale suffit-elle aux besoins des populations ? *b*) La répartition des aliments est-elle satisfaisante entre les nations, leurs subdivisions administratives, les villes et les campagnes ? *c*) Voir si, comme l'a dit Maltus, il est exact que la population s'accroisse plus vite que les subsistances ; 6° Sous-section spéciale : Enseignement et vulgarisation des sciences appliquées à l'alimentation, dans les établissements primaires, supérieurs et secondaires. Enseignement de l'alimentation rationnelle dans les établissements d'enseignement supérieur, notamment dans les Facultés des sciences et de médecine.

Dans la 7e section. — *Hygiène appliquée à la Technologie alimentaire, Transports* : 1° Hygiène appliquée à la technologie alimentaire. Procédés de préparation, de fabrication et d'emballage des denrées alimentaires. Etat présent. Défauts, améliorations à y apporter. (Commissions spéciales à constituer pour préparer l'application des règles de l'hygiène, de la technologie alimentaire). Laiterie, meunerie, boulangerie, viandes, épicerie, denrées coloniales, boissons fermentées, légumes et fruits. Corps gras d'origine végétale. Produits sucrés et confiserie. Cuisine et pâtisseries, etc. ; Vins, bière, cidres, spiritueux, lait, beurre, fromages, huiles comestibles, graisses ; 2° Conservation des aliments par les agents physiques, chaleur, froid, électricité ; 3° *a*) Etat des industries agricoles alimentaires. Améliorations possibles au point de vue de l'hygiène alimentaire ; *b*) Les industries agricoles de l'alimentation comportent-elles l'association des petits producteurs ? *c*) Y a-t-il avantage pour l'hygiène publique et les intérêts de la production à ce que les industries se développent ? En cas d'affirmative, plus spécialement dans quelles industries ? 4° Transport des denrées alimentaires. Améliorations à y apporter dans l'intérêt de l'hygiène publique. Part des frais dans les prix.

Dans la 8e section. — *Hygiène alimentaire et alimentation rationnelle dans la famille et hors la famille :* 1° Hygiène alimentaire dans la famille ; Devoirs de la mère de famille et de la maîtresse de maison. Responsabilité. Conséquences pour la prospérité de la famille et la santé. Comptabilité alimentaire. Nombre et types de repas, etc. ; 2° Alimentation populaire dans les établissements commerciaux ; Restaurants populaires, bouillons, crémeries. Comparaison des prix. Types de repas selon les professions. Moyens d'y rendre possible l'alimentation rationnelle des travailleurs.

Dans la 9e section. — *Coopération et libre concurrence*: Coopération et libre concurrence ; Influence respective de la coopération et de la liberté de concurrence sur le prix des aliments dans les villes et les campagnes, tableaux comparés ; Rapports directs du producteur et du consommateur. Y a-t-il avantage à se passer des intermédiaires ?

Dans la 10e section. — *Assistance alimentaire* ; *a*) Œuvres philanthropiques d'alimentation économique : 1° Enfance : Œuvres du lait. Crèches. Nourriceries. Pouponnats, etc. Cantines scolaires (types de repas). 2° Adultes : Restaurants coopératifs. Restaurants de tempérance, Restaurants végétariens. Restaurants de dames seules. Institutions patronales d'alimentation : Réfectoire (types de repas). Magasins d'approvisionnement. Economats : leurs avantages, leurs dangers. Mesures propres à permettre le chauffage ou la cuisson des aliments des ouvriers et ouvrières dans les ateliers. *b*) Œuvre de bienfaisance et de charité. Organisation de l'assistance alimentaire privée, dans la famille et hors de la famille. Soupes populaires. Bons divers (pains, viande, lait, etc.) *c*) Assistance alimentaire publique.

Dans la 11e section. — *Prophylaxie sociale de l'alcoolisme et de la tuberculose par l'alimentation* : Question à traiter ; Moyens divers.

Dans la 12e section — *Enseignement et vulgarisation de l'alimentation rationnelle de l'homme et l'hygiène alimentaire à l'Ecole et hors de l'Ecole :* 1° Les phénomènes de la vie provoquée par l'alimentation peuvent-ils constituer une base solide de l'enseignement de la morale pratique ; 2° Place des questions d'alimentation dans l'enseignement ménager ; 3° Programme et plans d'étude. Modèles de leçons ; 4° Place des questions d'alimentation rationnelle dans les cours professionnels. Programmes et plans de conférences dans les œuvres post-scolaires, les syndicats professionnels, au régiment, etc.

— Le prochain **Congrès des Sociétés savantes** se tiendra à Montpellier du 15 au 21 avril 1907.

Voici le programme de la section des sciences : La tuberculose et les moyens d'en diminuer la contagion ; Les sanatoria d'altitude et les sanatoria marins ; Etiologie de la paralysie générale et du tabès ; Les méthodes de désinfection contre les maladies contagieuses et les résultats obtenus dans les villes, les campagnes et les établissements où la désinfection des locaux habités est pratiquée ; Adduction des eaux dans les villes. Etude sur la pollution des nappes souterraines ; La peste, ses diverses formes et sa propagation, possibilité de sa propagation en France ; La lèpre et la pellagre en France ; Du rôle des insectes et spécialement de la mouche vulgaire dans la propagation des maladies contagieuses ; Hygiène de l'enfant à l'école.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Programme des Cours. (Année scolaire 1906-1907). —

Faculté de Médecine et de Pharmacie, semestre d'hiver (ouverture le 3 novembre 1906.)

ENSEIGNEMENT MÉDICAL

1° **Cours.** — **Anatomie** : M. DEBIERRE, professeur. *Les organes contenus dans le crâne, le thorax et l'abdomen, y compris leurs origines embryonnaires.*

Histologie : M. LAGUESSE, professeur. (2e partie du cours). *La peau, les muqueuses, les séreuses. Organes de la circulation, de la respiration, de la digestion. Glandes closes.*

Anatomie pathologique et Pathologie générale : M. CURTIS, professeur. *1° Anatomie pathologique de l'appareil locomoteur. Os. Cartilage. Système musculaire ; 2° Maladies du sang ; 3° Système nerveux.*

Chimie minérale et Toxicologie : M. LESCŒUR, professeur. *Métalloïdes et métaux toxiques.*

Parasitologie : M. BARROIS, professeur. *Parasites végétaux et animaux.*

Médecine légale : M. PATOIR, agrégé, chargé du cours. *Expertises et autopsies médico-légales. — Attentat à la vie et à la santé.*

2° **Cliniques.** — **Clinique médicale** : M. COMBEMALE, professeur-doyen. *Leçons cliniques.*

Clinique chirurgicale : M. DUBAR, professeur. *Leçons cliniques.*

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. CHARMEIL, professeur. *Leçons cliniques.*

3° **Cours complémentaires.** — **Cours d'hygiène de la 1re enfance** : M. OUI, professeur-adjoint, chargé du cours. *Leçon pratique.*

Clinique des maladies des enfants et syphilis infantile : M. DELÉARDE, agrégé, chargé du cours. *Leçons cliniques.*

Clinique chirurgicale des enfants : M. GAUDIER, agrégé, chargé du cours. *Étude clinique des difformités congénitales et acquises des membres.*

Maladies du système nerveux : M. INGELRANS, agrégé, chargé du cours. *Maladie de la moelle épinière et de la moelle allongée.*

Accouchements : M. OUI, professeur-adjoint. *Grossesse normale. — Accouchement et délivrance physiologiques. — Suites de couches. Opérations obstétricales.*

Laryngologie : M. GAUDIER, agrégé. *Maladies du nez et des oreilles. — Conférences pratiques.*

4° **Conférences de MM. les Agrégés.** — **Anatomie** : M. GÉRARD, G., agrégé. *Splanchnologie. — Appareils de la digestion et de la respiration.*

5° **Conférences.** — **Anatomie** : M. LOOTEN, prosecteur. *Ostéologie et arthrologie.*

6° **Travaux pratiques.** — **Dissections** : M. GÉRARD, G., agrégé, chef des travaux. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

Parasitologie : M. DESOIL, chef des travaux. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

Chimie minérale et toxicologie : M. LOUIS, chef des travaux. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

Anatomie pathologique : M. GELLÉ, préparateur. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

ENSEIGNEMENT PHARMACEUTIQUE

1° **Cours.** — **Chimie minérale et toxicologie** : M. LESCŒUR, professeur. *Les métalloïdes.*

Pharmacie : M. E. GÉRARD, professeur. *Alcaloïdes et glucosides ; fin du cours de pharmacie galénique. Pansements.*

Zoologie médicale et pharmaceutique : M. VERDUN, professeur. *Vers et arthropodes au point de vue médical et pharmaceutique.*

2° **Conférences.** — **Physique** : M. DEMEURE, chef des travaux. *L'optique.*

3° **Travaux pratiques.** — **Manipulations pharmaceutiques** : M. VALLÉE, agrégé, chef des travaux. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

Micrographie : M. DESOIL, chef des travaux. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

Physique : M. DEMEURE, chef des travaux. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

Chimie minérale : M. LOUIS, chef des travaux. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

ENSEIGNEMENT AUX ÉLÈVES SAGES-FEMMES

Cours annexes d'accouchements aux élèves sages-femmes : M. OUI, professeur adjoint. *Cours complet d'accouchements. — Soins à donner aux enfants du premier âge* ; M. BUÉ, agrégé. *Pratique des accouchements* ; M. GÉRARD, G., agrégé. *Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires.*

ENSEIGNEMENT DENTAIRE

Enseignement dentaire : M. BÉDARD, agrégé, chargé du cours. *Anatomie, physiologie élémentaires.*

Clinique dentaire : M. CAUMARTIN, docteur, directeur de la Clinique. *Maladies des dents.*

Prothèse dentaire : M. CAUMARTIN, docteur. *Exercices pratiques ; démonstrations ; manipulations.*

Consultations gratuites

aux Hôpitaux de la Charité et de Saint-Sauveur

Médecine. — Maladies des femmes et des enfants. — Chirurgie. — Maladies des yeux. — Maladies cutanées et syphilitiques. — Affections dentaires. — Maladies des voies urinaires. — Oto-rhino-laryngologie. — Affections médicales des enfants. — Affections chirurgicales des enfants. — Maladies des femmes enceintes et des nouveau-nés. — *Aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.*

Notre Carnet

M. le docteur Eugène Fiatte, d'Epehy (Somme), nous fait part de la naissance de son fils René. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits de santé pour Madame Fiatte et l'enfant.

UNIVERSITÉS

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. le docteur Henrot, professeur de clinique médicale, est admis sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1906 et nommé professeur honoraire et directeur honoraire.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1906, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné : 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

L'année 1905 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le Formulaire de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1906 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : Acide formique, almaténia, alypine, arhovine, benzoïlperoxyde, broméine, calométol, carbovis, ceyssatite, eau de mer électrolysée, ektogan, formiates, gentiopicrine, hémoptase, hermitine, hippiol, hopogan, ibogaïne, iodate de soude, iothion, iridine, isoforme, lentin, marétine, méthylrodine, morus alba, musculosine, naftalan, neurodine, olivéol, perborates, périplocine, pétrosulfol, purgène, quinobromine, quinoforme, quinoléine, salit, santhéose, scopotamine, sénoforme, sodium (glycocholate de), tannone, théocine, vasenol, zimphène.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années, tels que Airol, Benzacétine, Cacodylate de soude, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne, Ferripyrine, Formol, Glyérophosphate, Ichtyol, Iodol, Kola, Levure de bière, Menthol, Pipérazine, Résorcine, Salophène, Salipyrine, Somatose, Strophantus, Trional, Urotropine, Vanadate de soude, Xéroforme, etc.

Les plantes médicinales exotiques et coloniales ayant pris une grande extension en thérapeutique, font l'objet d'un volume spécial (Manuel des Plantes médicinales exotiques et coloniales. 1 vol. in-18 à 3 fr., cart.), en conservant le même ordre de classement et de description.

Le Formulaire de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, modes d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

Dans le Formulaire des Médications nouvelles pour 1906 (1 vol. in-18 à 3 fr., cart.), que le Dr H. Gillet a fait paraître et qui est le complément nécessaire du Formulaire des Médicaments nouveaux, on trouvera des détails complets sur les médications anticoagulantes, antitoxique, antiuricémique, épidurale, hypotensive, intensive, minéralisatrice, phosphorique, collargol, la diète hydrique, l'entérokinase, la méthode des trois lavages, la photothérapie, la rachicocaïnisation, la radiothérapie, le sérum antipesteux, le sérum antituberculeux (Marmoreck), le sérum de Trunecek, la zomothérapie, etc.

Ouvrages reçus et déposés au bureau du Journal :

— **Nouveau traité de Médecine et de thérapeutique, tome XI. Intoxication**, par MM. les docteurs Carnot, Wurtz, Letulle et Lancereaux, Paris, *Baillière*, 1906.

— **Les abcès du lobe sphénotemporal du cerveau d'origine otique**, par le docteur Wicart, Paris, *Paulin*, 1906.

— **Rapport médical pour 1905 sur la sauvegarde des nourissons de Tourcoing**, par le docteur H. Lagache, Lille, *Le Bigot*, 1906.

Un **poste d'interne** ou de **médecin-adjoint** est vacant au Sanatorium de Montigny-en-Ostrevent. Traitement 1.200 fr. par an, logé, nourri, chauffé et blanchi. 1.800 fr. si l'on est docteur.

Adresser les propositions de candidatures, avec certificats et titres scientifiques, à M. le Secrétaire général de la ligue du Nord contre la tuberculose, 8, boulevard Louis XIV, à Lille.

N° 509. Dixième Année. N° 41. Le Numéro : **10** centimes 14 Octobre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* **Union postale : 6 fr.**

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë :

Entérostomie d'emblée ou laparotomie exploratrice suivie de cure radicale

par MM.

Le docteur **Juste Colle** chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine et **F. Butruille** interne des hôpitaux de Lille (1904)

INTRODUCTION

Primo non nocere.

Le choix de l'intervention dans l'occlusion intestinale aiguë est une question de thérapeutique « si « obscure, écrit TILLAUX, que dans une discussion, à « ce sujet, à la Société de Chirurgie, l'un disait : « lorsque que j'ai des doutes sur la cause de l'occlu« sion, je donne la préférence à l'entérostomie ; tandis qu'un autre répondait d'une façon plus rationnelle au « moins en apparence. C'est surtout en cas de doute « qu'il faut ouvrir la cavité abdominale. »

Ce travail n'a pas la prétention de trancher définitivement la question ni d'indiquer une ligne de conduite invariable pour tous les cas d'occlusion intestinale aiguë. Cela serait impossible pour une affection qui réserve aux cliniciens de bien fréquentes surprises et le laisse trop souvent dans une grande incertitude.

Nous nous proposons simplement de discuter les opinions émises par les auteurs. Nous exposerons ensuite les remarques que nous avons pu faire à propos des malades que nous avons eus sous les yeux et les réflexions que nous ont suggérées les « observations » recueillies autour de nous.

Enfin, dans nos conclusions, nous chercherons à dire d'une façon précise notre opinion sur la question. Nous ne nous faisons d'ailleurs aucune illusion ; cette opinion pourra paraître retardataire à beaucoup de chirurgiens, mais nous croyons bien que plus d'un parmi eux aura partagé quelquefois notre avis, et nous savons que d'autres le partagent encore.

HISTORIQUE

Le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale n'est pas nouveau, mais il a suivi l'évolution de la chirurgie abdominale qui fut d'abord timide avant l'ère de l'asepsie, puis de plus en plus audacieux depuis LESTER, jusqu'à nos jours.

Nous empruntons à TROUSSEAU l'historique qu'il a fait dans une de ses cliniques, des premiers essais de la chirurgie dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

C'est d'abord en 1676 que Paul BARBETTE, d'Amsterdam, envisagea la possibilité d'une ouverture de la paroi abdominale dans le but de dégager l'intestin, plutôt que de laisser périr le malade, quand les moyens ordinaires ont été inefficaces.

NUCK, en 1692, aurait fait fabriquer la laparotomie avec succès dans un cas de volvulus.

En 1772 RENAULD opéra de hernie étranglée un jeune homme qui présenta quelques jours plus tard des nouveaux signes d'étranglement.

Le chirurgien « incisa la paroi abdominale et ayant « reconnu que l'intestin était étranglé sur une cer- « taine étendue créa un anus artificiel. L'opération « reussit et le 20e jour, les matières avaient repris « leur cours normal, et la plaie était entièrement « cicatricée.

PILLORE, de Rouen, en 1776, et DURET, de Brest, en 1793, pratiquèrent avec succès la laparotomie dans des cas d'obstruction intestinale.

DUPUYTREN, en 1817, n'eut pas le même bonheur, ses opérés moururent.

Néanmoins, en 1819, MAUNOURY, dans sa thèse, proposait l'anus artificiel comme ressource extrême dans le traitement de l'occlusion. Il décrivait à ce sujet un mode de fixation de l'anse à la paroi par un fil placé dans le mésentère.

Ce fut l'opération décrite par MAUNOURY que pratiqua MONOD en 1838. Malheureusement le malade présentait une grave lésion de cœcum qui fut constatée à l'autopsie.

La même année, le professeur LAUGIER proposait l'entérostomie comme remède aux phénomènes d'étranglement qui persistaient souvent après la réduction des hernies.

Il ajoutait que cette opération pourrait convenir aussi dans quelques autres genres d'étranglement interne.

Six ans plus tard, en 1884, MAISONNEUVE communique à l'Académie des Sciences l'observation d'une malade qu'il avait opérée de hernie étranglée, et chez laquelle les symptômes d'occlusion avaient résisté à l'opération. Il avait rouvert la plaie et constaté l'adhérence à la paroi de l'intestin engoué.

En incisant cette anse adhérente, il créa un anus artificiel. La guérison fut, paraît-il, complète et rapide.

DENONVILLERS et NÉLATON se déclarèrent à leur tour partisans de la laparotomie dans le cas d'étranglement interne.

Le second érigea même en principe que la « gastrotomie » (1) conduisait nécessairement à « l'entérotomie » dans tout étranglement interne, et son élève SAVOPOULO consacra à cette théorie sa thèse inaugurale. TROUSSEAU lui-même avait une opinion différente de celle de son collègue chirurgien. « Nous pensons, disait-il, que « l'entérotomie » ne doit être faite que dans le cas ne nécessité absolue, d'ouvrir un anus artificiel. »

OPINIONS DES AUTEURS CONTEMPORAINS

Depuis lors, la chirurgie abdominale fit des progrès rapides grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, et beaucoup d'auteurs contemporains sont devenus des adeptes fervents de la laparotomie suivie de cure radicale. Ils font quelques réserves en faveur de l'entérostomie (2), mais la plupart ne la considèrent que comme un pis aller et l'évitent le plus qu'ils peuvent, bien qu'elle ait donné, elle aussi, des résultats surprenants et rapides.

J.-J. PEYROT, en 1880, dans sa thèse d'agrégation, étudia l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale.

D'après lui, « l'ouverture du ventre, qui permet » d'aller découvrir la cause de l'occlusion et de la faire » disparaître, est la véritable opération curative. » L'entérotomie n'est qu'une opération palliative, » mais nous devons convenir tout de suite que ses » indications sont encore infiniment nombreuses.

« Dans le cas d'occlusion aiguë, si le diagnostic de torsion, d'invagination ou d'étranglement par bride peut être posé, c'est à la laparotomie qu'il convient d'avoir recours. Si le diagnostic de la cause est impossible (cas habituel), on peut hésiter entre la laparotomie et l'anus artificiel ».

(1) Le mot « gastrotomie » était employé à l'époque dans le sens de laparotomie.

(2) Nous croyons nécessaire de faire remarquer que les mots entérotomie et entérostomie sont employés dans ce mémoire avec la même signification. En réalité, leur sens étymologique est différent. Nous devrions même employer le mot « entéroproctie » (de εντερον, intestin, et πρoκτος, anus) qui est plus exact, mais d'un emploi moins courant.

« La laparotomie a contre elle sa gravité incontestable, la difficulté de son exécution, et par suite sa longueur, l'impossibilité plusieurs fois constatée de trouver l'obstacle, et même, une fois trouvé, de le supprimer. »

« Par contre, l'anus a pour avantages de ne pas déterminer ce choc, et par suite pas de mortalité opératoire, de permettre la disparition spontanée de certains obstacles (invaginations, volvulus) suite de la suppression de la tension intestinale, et en tout cas, de faciliter la levée de l'obstruction par une laparotomie secondaire dans de meilleures conditions locales et générales.

» En somme, en raison des incertitudes du diagnostic, l'état général exerçant sur le pronostic opératoire une influence prépondérante, c'est celui-ci qui doit fixer le choix du chirurgien s'il est appelé de bonne heure ; si le malade présente des conditions de résistance suffisantes : laparotomie ! Dans les conditions inverses : entérotomie. »

Dans une discussion de la Société de Chirurgie, en 1897, Nélaton, Segond, Chaput, Felizet, conseillaient l'entérostomie :

1° Parce que c'est une opération partout praticable ne produisant pas de choc, n'ayant, pour ainsi dire, pas de mortalité par elle-même ;

2° Parce que dans tous les cas d'occlusion chronique, elle convient mieux que la laparotomie, et qu'elle convient encore très bien pour les cas de volvulus, de strictures et d'invaginations ; ces lésions pouvant disparaître une fois la tension intestinale abaissée ;

3° Parce qu'elle représente une opération d'urgence, comparable à la trachéotomie, qui permet de parer aux accidents imminents, et qui, une fois la vie du malade assurée, n'empêche, en aucune façon, si besoin est, d'aller par une laparotomie secondaire, lever l'obstacle en prenant son temps, et en s'entourant de toutes les conditions de réussite possibles.

Beaucoup d'autres chirurgiens étaient d'un avis opposé : « Lorsqu'il n'y a pas de diagnostic, recourez à la laparotomie, disaient-ils. N'est-ce pas là le traitement idéal ? Vous découvrirez l'obstacle et vous le lèverez. Si vous ne pouvez le lever, vous établirez un anus en bon lieu et non au hasard.

Faites donc la laparotomie, et faites-la de bonne heure surtout lorsque vous n'avez pas de diagnostic. »

Tillaux résume son opinion comme il suit : « Théoriquement, la laparotomie est le véritable traitement chirurgical de l'occlusion intestinale, mais pratiquement, l'entérostomie doit être employée toutes les fois que l'on n'a pas une notion suffisamment précise sur la nature et le siège de l'obstruction. »

Puis plus loin : « avec l'entéro(s)tomie, vous êtes toujours assuré de remplir une indication, de soulager le malade, de donner à la cause qui a produit l'occlusion le temps de disparaître, si toutefois cela est possible ; et si cette cause persiste (?) à l'attaquer plus tard directement. A la « gastrotomie » vous serez peut-être réduit à refermer la cavité abdominale sans même avoir trouvé l'obstacle. ».

Guinard, dans le Traité de Chirurgie de MM. Le Dentu et Delbet, montre lui aussi une préférence très marquée pour la laparotomie.

« Il est clair, dit-il, que les deux opérations ne sauraient être mises en parallèle : dans l'une, quand le ventre est ouvert, on explore la cavité abdominale, on recherche la cause de l'occlusion et on y remédie. En un mot, on fait une opération radicalement curative. Dans l'autre, qui est l'opération de Nélaton, on empêche le malade de succomber à la rétention stercorale, en créant une voie de dérivation en amont de l'obstacle quel qu'il soit. C'est une opération palliative, et il faut intervenir de nouveau ultérieurement pour lever l'obstacle auquel on n'avait pas touché, et pour oblitérer l'anus artificiel qu'on avait pratiqué.

« L'une est l'opération idéale, l'autre est un pis aller ».

L'auteur, à propos de la technique de la laparotomie, en expose les nombreuses difficultés, puis, après la description de l'entérotomie de Nélaton : « l'anus iliaque, écrit-il, est bien évidemment la seule opération admissible quand on est appelé a une période ultime, quand on se trouve à court de temps, d'aide et de matériel ! L'entérotomie ne tue pas, et si le malade succombe, c'est malgré elle et non par elle.» « Le plus souvent, le diagnostic causal est très difficile, sinon impossible. Et même, comme l'a fait remarquer Berger, la laparotomie ne permet pas toujours de trouver l'obstacle. Sans parler des cas d'ileus paralytique, il arrive que l'entérotomie guérit définitivement l'obstruction. Les jours suivants, le cours des matières se rétablit spontanément par les voies naturelles, et on n'a plus qu'à fermer l'anus artificiel. »

Puis viennent les conclusions :

1° *Diagnostic ferme*. — « Pour peu que le malade

soit en état de supporter une opération, et cette appréciation est laissée au sens clinique du chirurgien, c'est évidemment la laparotomie qui est l'opération idéale pour toutes les occlusions aiguës. »

2° *Pas de diagnostic causal.*— C'est encore la laparotomie qui est l'opération de choix, à moins, bien entendu, que le malade ne soit mourant. Cette intervention permet de faire le diagnostic en général ; si par exception, on ne trouve pas de cause appréciable, on la termine rapidement en fixant une anse dilatée à la paroi, quitte à faire ultérieurement une nouvelle laparotomie si la perméabilité intestinale ne reparaît pas spontanément.

3° *Le malade est à la période ultime.* — « Il n'y a pas à hésiter, il faut faire un anus artificiel, et tout le bien que j'ai dit de la laparotomie n'empêche pas de rendre justice à cette merveilleuse opération qui sauve tous les jours tant de malades. »

Forgue estime que la laparotomie ne doit plus être une ressource *in extremis* à l'usage des cas désespérés. Elle doit devenir le remède précoce précédant parfois toute thérapeutique médicale auquel le praticien sera mené par un diagnostic serré de plus près.

Il cite Buttlin qui « espère que la nouvelle génération des médecins comprendra que le chirurgien doit être appelé dès le début. »

Il reconnaît aussi que la laparotomie dans l'occlusion intestinale « n'est pas l'opération réglée de technique prévue ; c'est de la chirurgie d'urgence : on peut donc être conduit à intervenir dans des conditions défectueuses d'éclairage, d'outillage et d'aides. » Il partage l'opinion de Madelung : On pourrait à l'exemple de Dieffenbach opérer une hernie étranglée à la lumière d'une lampe à huile tenue par une vieille femme du voisinage ; un médecin, qui dans de semblables circonstances se risquerait à laparotomiser un étranglement interne, ou bien ferait preuve d'ignorance, ou bien escompterait le hasard. Les conditions opératoires que je réclame sont presque celles d'un hôpital outillé. Je conviens volontiers que si j'étais appelé pour un ileus hors de la ville, et que je reconnusse la laparotomie nécessaire, je m'abstiendrais, ou je ferais l'entérostomie.

M. Forgue trouve à la laparotomie exploratrice deux obstacles considérables. C'est d'abord le tympanisme de l'intestin, qui s'oppose à la recherche de la lésion dans la masse intestinale, et Madelung cite des cas de « ventres plats avant l'incision, qui présentent aussitôt après, des intestins météorisés. Ce sera ensuite, lors de la fermeture du ventre, la grande difficulté de « réemballer » le contenu abdominal, malgré les nombreux procédés décrits dans ce but.

Il faut, continue-t-il, pratiquer la laparo-entérostomie quand on « se trouve après l'ouverture du ventre en présence d'un obstacle infranchissable » ou « quand le collapsus menaçant oblige à accélérer la besogne parce que le pouls faiblit, et que l'on s'expose à voir l'opéré mourir sur table. »

D'après le même auteur, l'opération de Nélaton ou entérostomie pratiquée d'emblée est « une opération d'évacuation, et non une intervention visant la levée de l'obstacle. » Il l'admet dans les cas d'obstruction lente ou chronique par compression ou néoplasme, quand les circonstances s'opposent à la laparotomie.

« L'entérostomie peut donner une longue survie, » d'autant que cette intervention n'exclut pas une » laparotomie secondaire, qui, le ballonnement une » fois supprimé, et l'intoxication stercorale combat- » tue, se trouve faite en conditions plus favorables. »

Il reconnaît aussi que l'entérostomie est parfois suivie d'une guérison complète, et voici l'explication qu'il en donne. L'intestin distendu est parésié, donnez une large issue aux liquides et aux gaz qui l'encombrent. L'intestin ramené à son calibre, reprend sa contractilité, et le péristaltisme se rétablit, si nulle striction, si nulle obstruction par lésion de tissu ne s'y oppose, la circulation peut être assurée de façon normale.

Un fait de Poppert semble nous démontrer que dans l'éventualité d'une bride lâche, l'anse engouée vidée par l'entérostomie peut se dégager, issue bien exceptionnelle. » « Enfin, dit-il, la gravité de l'état général en contre-indiquant la laparotomie, devient une indication de l'entérostomie. »

Monod et Vanverts, dans leur Traité de technique opératoire, décrivent les deux opérations. Ils nous « rappellent simplement que la laparotomie seule peut être curative en permettant de découvrir, puis de supprimer ou de tourner l'obstacle, mais que l'anus contre nature constitue parfois l'unique ressource en raison du mauvais état général du malade. »

« L'établissement d'un anus contre nature sur l'iléon n'est toujours qu'un pis aller. On s'y risque faute de mieux, au cours d'une laparotomie pour occlusion intestinale, ou d'une kélotomie pour hernie étranglée. Plus rarement, l'opération est exécutée de

propos délibéré pour une obstruction dont la cause est supposée temporaire. »

M. LEJARS considère la laparotomie comme « la méthode d'élection qui permet de voir et de lever l'obstacle. »

Et pour trouver l'obstacle dont on ignore le siège, il indique le procédé du dévidement de l'intestin, comme « une méthode longue et pénible ». « D'autre part, l'éviscération totale » un procédé d'exploration excellent et rapide, mais sous réserve qu'elle soit exécutable sans trop de danger. Or, elle provoque toujours un shock plus ou moins considérable que M. Louis TIXIER étudia dans sa thèse.

De plus, il faut quelquefois, nous dit encore M. LEJARS, pratiquer une entérotomie de décharge, pour pouvoir réintégrer dans l'abdomen les anses dilatées à l'excès.

Et cependant l'entérostomie reste d'après lui une « méthode de nécessité, une ressource précieuse dans « les cas urgents où la laparotomie ne pourra être « pratiquée. »

M. JALAGUIER ne dédaigne pas d'essayer les traitements médicaux : l'opium, les douches rectales, et surtout le lavement électrique de BOUDET. « Mais, quand l'insuccès de ces moyens thérapeutiques est démontré, on doit intervenir chirurgicalement. »

« Dans les cas suraigus... on ne peut pas attendre les effets d'une médication interne... Il faut commencer par appliquer l'électricité... Si, après deux ou trois séances d'électrisation, aucun résultat n'est obtenu, on doit, sans hésiter, recourir à une intervention chirurgicale...

« La laparotomie est une opération qui, d'abord exploratrice, deviendra curatrice, si l'obstacle une fois reconnu peut être levé, et si la perméabilité du canal est ainsi rétablie. »

« L'entérotomie est une opération palliative qui s'adresse à un symptôme, l'occlusion, mais qui laisse subsister la cause. Elle peut amener la guérison dans quelques cas rares d'obstruction aiguë par paralysie de l'intestin par matières fécales, ou par corps étrangers dans certains cas d'invagination aiguë, et peut être même d'étranglement par brides ou volvulus ; en permettant d'attendre l'élimination de l'anse invaginée ou la libération spontanée de l'intestin ; mais lorsqu'il s'agit d'un étranglement interne qui reste permanent, l'entérostomie ne saurait procurer qu'une amélioration passagère. »

Théoriquement, la laparotomie est donc l'opération de choix, et l'entérotomie n'est que l'opération de nécessité, mais nombreux sont les cas en pratique, dans lesquels l'opération de choix doit céder le pas à l'opération de nécessité. »

M. MORESTIN, en 1902, à propos d'une présentation de M. LANCE à la Société anatomique de Paris, a donné son avis sur la question qui nous occupe, nous le citons plus loin à la suite de l'observation VI extraite des Bulletins de la Société anatomique.

Enfin, nous nous permettons de citer un passage de MM. BOUCHARD et BRISSAUD.

Ces quelques lignes dues à la plume de M. COURTOIS-SUFFIT, qui se propose de « rendre pleinement justice à la chirurgie contemporaine » avant de faire l'exposé des traitements médicaux de l'occlusion intestinale.

« Nous devons avouer, dit-il, qu'aujourd'hui avec les ressources dont les chirurgiens disposent lorsqu'ils consentent à être aseptiques, c'est à eux que revient le plus souvent l'honneur de guérir les malades atteints d'occlusion intestinale.

« C'est une opération courante que la laparotomie, et nous nous demandons si ce n'est pas le traitement le plus simple ou du moins le plus efficace à employer contre l'occlusion de l'intestin... »

... « L'anus contre nature, l'entérostomie était conseillée par beaucoup et réussissait quelquefois. Mais cette opération incertaine quant à son manuel opératoire, puisqu'on ne sait pas toujours à quel endroit siégeait l'obstacle et par conséquent en quel point il convient d'ouvrir l'anus, était condamnable par ses résultats. C'était créer une infirmité repoussante, sans être sûr de conserver la vie. » Nous n'insisterons pas sur cette opinion plutôt théorique que vraiment pratique.

Nous avons voulu connaître aussi l'avis de nos maîtres et des chirurgiens que nous avons pu interroger.

C'est à la suite d'une série malheureuse de laparotomies pratiquées d'urgence dans le service de M. le professeur FOLET, que nous avons eu l'idée de ce travail.

M. FOLET nous donna à cette époque son opinion sur ce sujet : « la laparotomie suivie de cure radicale, disait-il, est assurément le traitement de choix quand le chirurgien peut intervenir à temps, mais c'est si rare !

Aussi, en est-il arrivé à préférer presque toujours l'entérotomie de NÉLATON, a cause des morts nom-

breuses qu'il a constatées à la suite de laparotomies pratiquées, même au 2e ou 3e jour de la maladie, sur des sujets que l'on pouvait croire encore assez résistants. Quelquefois même les recherches sont inutiles, on se résout à la fistule iliaque. C'est par là qu'on aurait dû commencer, dans l'intérêt du malade.

M. le Professeur DUBAR préfère la laparotomie quand il s'agit d'une occlusion récente.

Quand le début des accidents remonte à plusieurs jours, l'entérostomie d'emblée est souvent nécessaire d'après lui pour parer aux accidents les plus pressants. Dans ces cas, on fait plus tard, et dans de meilleures conditions, une seconde opération plus complète.

Les indications opératoires varient avec les individus et l'on ne peut énoncer aucune règle générale au sujet du moment où l'entérostomie devient préférable.

C'est au chirurgien à s'inspirer de l'état général et de l'état local du sujet.

On peut le plus souvent, par examen du pouls et de la respiration apprécier l'état d'intoxication de son malade et sa résistence plus ou moins grande. Mais l'état local est aussi un facteur important à considérer, et le ballonnement de l'intestin s'il est considérable, devient vite une contre-indication à la laparotomie, car il entraîne de nombreuses difficultés au cours de l'opération qu'il empêche d'être rapide.

D'après le professeur agrégé LAMBRET, la laparotomie avec cure radicale est le seul traitement raisonnable de l'occlusion intestinale aiguë, quand le malade ne présente pas de signes inquiétants d'intoxication stercorémique. C'est la seule façon d'éviter les péritonites qui se produisent parfois après l'entérostomie, par section de l'intestin au niveau de l'étranglement. Les manipulations intestinales elles-mêmes sont utiles en partie au succès de l'intervention. Elles rendent à l'intestin sa contractilité aussi bien que pourrait le faire le lavement électrique. Il pense que l'on doit toujours trouver l'obstacle « quand on sait le chercher ». Il a fait, nous dit-il encore, des laparotomies couronnées de succès au 6e jour de l'occlusion, et comme nous lui objections que les laparotomies faites si tard devaient être souvent suivies de mort, il nous répondit que la mortalité de ses entérostomies était plus grande encore. Et cela se comprend. Quel doit être en effet l'état du malade quand M. LAMBRET ne veut plus l'exposer à la laparotomie.

En somme, il regrette que le chirurgien soit presque toujours appelé trop tard pour ce genre d'affection dont le traitement exige un diagnostic précoce suivi le plus tôt possible d'une laparotomie méthodique et rapide. Cependant, même au 6e jour, c'est encore cette opération qu'il faut faire si la résistance du patient semble suffisante. L'entérostomie serait la dernière planche de salut, qui ne peut offrir que de bien faibles espérances. Il pratique l'entérostomie d'emblée dans le cas particulier d'une occlusion aiguë survenant chez un malade qui a présenté des signes de tumeur intestinale, quitte à faire une entéro-anastomose plus tard, pour guérir l'infirmité.

De même encore, dans le cas où il aurait une « quasi certitude » de n'avoir pas à craindre une rupture secondaire de l'intestin, par exemple dans les occlusions par corps étrangers tels que des coprolithes ou un calcul biliaire. Il ne croit pas aux stercorémies foudroyantes. Le bon état relatif du malade cache une stercorémie latente qui diminue sa résistance, et l'empêche de survivre au shock. Mais ces cas sont absolument exceptionnels. TERRIER explique à l'aide de cette stercorémie latente la grande mortalité qui suit encore les opérations en un temps dans le cancer de l'intestin, même chez des malades dont la température est de 37° et le pouls à 72. »

Selon M. LAMBRET, un malade meurt de stercorémie aussi bien après l'anus qu'après la laparotomie. Une fois la voie intestinale ouverte d'une façon ou de l'autre, la désintoxication du malade est une question de défense de l'organisme vis-à-vis du poison.

Outre la résistance du malade telle qu'on peut la juger d'après les apparences, certaines circonstances augmentent dans une large mesure les indications de la laparotomie. C'est le milieu chirurgical, ce sont les adjuvants que l'on peut prodiguer au malade (chambre chaude, enveloppements chauds, sérum, etc.) C'est encore l'éducation abdominale du chirurgien.

L'anus peut se faire partout, il peut être fait par tous. La laparotomie est une opération qu'on n'a le droit de faire qu'à bon escient, et quand on est sûr de soi et de sa méthode. Alors on peut gagner du temps, on peut réduire au minimum le shock opératoire et faire que les deux opérations, laparotomie ou anus, ne soient pas si loin l'une de l'autre qu'on serait tenté de le croire. »

M. LEFORT a exposé ses idées sur l'occlusion intestinale dans un article des *Consultations médico-chirurgicales* (1), paru en 1902. Nous y empruntons ce qui concerne le traitement de l'occlusion aiguë.

(1) COMBEMALE. *Consultations médico-chirurgicales*, 1re série, p. 477 et suiv.

« La première règle est d'agir tôt, car (avant la perforation intestinale, la péritonite et les complications ordinaires de l'occlusion) la stercorémie est là, plus grave, qui s'installe dès le début, progresse et menace.

Deux moyens d'action sont en présence : la laparotomie et l'entérostomie. Donnez la préférence à la laparotomie pour les raisons suivantes : 1° l'obstacle siège plus souvent ici sur l'intestin grêle, et l'anus sur le grêle est excessivement grave ; 2° l'obstacle peut souvent être reconnu au cours de l'opération et souvent aussi levé ; 3° elle suffit parfois dans l'ileus paralytique.

Pour ces raisons, vous aurez recours à la laparotomie. Mais il y a des contre-indications : l'âge avancé où l'état trop grave du patient, la mauvaise qualité chirurgicale du milieu ambiant, et encore si vous ne savez vous y prendre, votre inexpérience de la chirurgie abdominale, ceci irrémédiable pour une opération d'urgence.

Ne vous lancez pas tête baissée dans une laparotomie si ce n'est pas votre métier. C'est quelquefois très difficile de reconnaître d'abord, de lever l'obstacle ensuite, et de faire cela vite, bien, proprement. Qu'elles viennent de vous ou d'autres, s'il y a contre-indications à la laparotomie, faites l'entérostomie, et pour cela une petite incision iliaque. Prenez la première anse dilatée, sortez-la, ouvrez-la s'il y a urgence, fixez à la paroi par quelques points. C'est fini, simple et facile, et la cocaïne suffit. Plus simple et plus facile encore, le traitement médical vaut le taxis dans la hernie étranglée.

C'est une perte de temps, il doit être rangé au nombre des complications de l'occlusion aiguë.

... « Au cours de la laparotomie : 1° Si l'obstacle n'est pas reconnu, faites de suite l'anus contre nature sur l'anse dilatée la plus basse ; 2° si l'obstacle est irréductible, trois traitements seront en présence dans la plupart des cas, la résection, l'entéro-anastomose, l'anus contre nature. L'état de l'intestin dictera souvent la conduite à tenir.

La résection sera réservée aux seuls malades résistants et aux chirurgiens autorisés.

L'entéro-anastomose sera le traitement de choix en cas de tumeurs inenlevables, de compressions larges, de rétrécissements.

L'anus contre nature sera l'opération de nécessité, la plus rapide, la plus bénigne aussi, au moins immédiatement.

3° S'il n'y a pas d'obstacle réel. La paralysie intestinale due à une péritonite constatée exigera le traitement de la péritonite, nettoyage du péritoine, recherche d'un appendice à réséquer ou d'une perforation intestinale. Dans l'ileus paralytique la laparotomie paraît avoir par elle-même une action efficace. Vous serez encore plus certain de son action curative si vous pratiquez une toute petite entérostomie sur une des anses dilatées. La laparotomie paraît avoir la même efficacité sur les contractures segmentaires de l'intestin. En cas de persistance des troubles, les anti-spasmodiques pourraient être indiqués.

M. V. Pauchet, d'Amiens, a bien voulu nous transmettre ses idées sur le traitement de l'occlusion intestinale aiguë. Nous les citons textuellement.

Premier cas. — Le praticien voit un malade atteint d'occlusion intestinale aiguë, depuis une journée, quelques heures. Le ventre est plat. Il y a simplement coliques violentes et ondes péristaltiques visibles sous la peau. Expédier le malade dans une clinique ou dans un hôpital et le faire laparotomiser par un chirurgien de profession.

Deuxième cas (3/4 des cas). — Le malade est vu le 2e ou 3e jour. Son ventre est ballonné, il vomit. Il commence à avoir l'air déprimé. Il faut se rappeler : Que dans ces cas, le malade est plus ou moins stercorémique ; que son sympathique abdominal est déjà inhibé ; que sa paroi intestinale est friable et mal suturable. Les manœuvres la déchirent facilement.

Dans ce cas, pas de laparotomie : incision iliaque droite, ouvrir le cœcum s'il est dilaté. S'il est plat, prendre la première anse grêle qui se présente.

Avantages de cette méthode. — Drainage de l'intestin. Ce drainage évacue les toxines et les colibacilles virulents. Un mois plus tard, on fait la laparotomie, pour faire le diagnostic de la cause et la combattre. On cure en même temps l'anus artificiel.

Inconvénient de cette méthode. — 1° La cause est ignorée. 2° Deux opérations au lieu d'une. C'est sans importance, étant donné la gravité du cas. 3° En cas de sphacèle, l'anus n'empêche pas la péritonite. 4° En cas de volvulus, ou l'anse est fermée aux deux bouts, l'intestin peut rester imperméable.

Somme toute, admettons que l'anus artificiel laisse mourir un malade sur dix, la laparotomie faite sur les stercorémiques en tue 50 0/0. Or, il vaut mieux guérir un malade sans savoir ce qu'il a, que de le voir mourir avec le diagnostic. »

M. Vanverts nous a communiqué quelques obser-servations d'occlusion intestinale, à propos desquelles il nous a donné son opinion.

« La laparotomie, qui seule permet la recherche et la suppression de l'obstacle au cours des matières, constitue théoriquement le meilleur mode de traitement de l'occlusion intestinale. L'entérostomie ne peut être considérée, au point de vue théorique aussi, que comme un pis aller, comme un mode de traitement symptomatique.

« Il n'en est pas de même, en pratique, où nous voyons : 1° La laparotomie faire faillite à ses promesses quand, ce qui arrive souvent, elle ne nous permet pas de découvrir l'obstacle ou de le lever. Quand encore elle s'adresse à un malade intoxiqué incapable de supporter une intervention même minime.

2° L'entérostomie peut être suivie d'une amélioration considérable, parfois de guérison complète.

« Aussi voyons-nous beaucoup de chirurgiens, dont je suis qui, après s'être laissés guider par la recherche de l'idéal, en sont arrivés à poursuivre un but plus modeste, à savoir éviter de tuer leurs opérés en voulant faire trop bien.

« Le mieux est quelquefois l'ennemi du bien » en matière d'occlusion intestinale.

Quant à donner des règles fixes sur ce sujet, je ne m'y hasarderais pas. Dire que la laparotomie est indiquée dans les cas récents avec ballonnement abdominal modéré et état général satisfaisant et que l'entérostomie peut seule être entreprise dans les circonstances opposées, n'est pas résoudre la question parce que tout le monde est d'accord sur la conduite à tenir dans ces cas extrêmes. La difficulté git dans les cas moyens,et malheureusement,dans ces conditions toute règle fixe est impossible à indiquer. Le sens clinique du chirurgien doit ici intervenir et décider ce qui est à faire. Parfois, du reste, c'est au cours d'une laparotomie qu'il faudra, de crainte du shock, faire machine en arrière, et se borner à l'entérostomie. Pour ces cas moyens, je résumerai mon opinion en disant que toutes les fois où l'on hésite et où l'état général du malade inspire des craintes, il faut adopter l'entérostomie. »

En somme, les différents avis, émis sur la question, sont de trois sortes :

1° Les uns font toujours la laparotomie et n'admettent l'entérostomie qu'à la dernière extrémité, sous prétexe qu'elle peut laisser mourir des malades qu'aurait guéris la laparotomie.

Cette opinion nous paraît trop exclusive, car elle élimine de partis pris une opération pour laquelle ces chirurgiens nous semblent bien dédaigneux, pour ne pas dire injustes.

2° D'autres reconnaissent l'utilité de l'entérostomie dans le cas où le malade ne présente pas de conditions de résistance suffisantes.

3° Les autres au contraire n'admettent la laparotomie que lorsqu'ils ont pu faire le diagnostic de l'affection d'une façon sûre et précoce, sinon ils pratiquent l'entérostomie d'emblée.

En réalité, c'est dans l'appréciation des conditions de résistance du malade que diffèrent d'opinion ces deux derniers groupes de chirurgiens.

Les uns se souviennent que « l'entérostomie ne tue pas et que si le malade meurt, c'est malgré elle et non par elle. »

Les autres comptent peut-être trop sur les forces d'un malade stercorémique auquel ils font subir une opération très grave par les difficultés qu'elle présente toujours dans l'occlusion intestinale.

SYMPTOMES DE L'OCCLUSION

DIAGNOSTIC DES CAUSES

Devant ces opinions diverses, quelle sera la conduite du praticien et même du chirurgien d'hôpital en présence d'un cas d'occlusion intestinale aiguë.

Le malade dont il s'agit se plaint d'avoir éprouvé la veille par exemple une douleur brusque en un point quelconque de l'abdomen. Depuis ce temps, il ne va plus à la selle et n'expulse plus aucun gaz par l'anus. Il souffre de vomissements fréquents, le plus souvent alimentaires. Il a pris, hélas ! un ou plusieurs purgatifs sans résultat. Peut-être un lavement a-t-il aussi été administré sans succès appréciable.

Au contraire, les symptômes du début ne font que s'accentuer. Les vomissements sont devenus bilieux, peut-être même fécaloïdes. Le ventre s'est ballonné, il est devenu douloureux et très sonore. L'haleine est fétide, la langue sèche et pâteuse. La soif très intense. Le faciès est grippé, la respiration est rapide. Le pouls s'accélère, devient petit et filant, et la température atteint à peine 37°. Les urines sont rares et très colorées.

Sans doute, ce malade présente le tableau clinique de l'occlusion intestinale aiguë. Quelle peut en être la cause ?

Si l'affection est survenue en pleine santé brusquement, chez un individu sans antécédents abdominaux, toutes les suppositions sont possibles. L'invagination, le volvulus, les hernies internes, les coudures de l'intestin produisent les mêmes symptômes et le siège de la lésion nous échappe forcément. A peine pouvons-nous le soupçonner en tenant compte du point où la douleur brusque du début s'est manifestée.

L'examen et l'interrogatoire peuvent parfois nous fournir des renseignements précieux. Si nous constatons l'existence antérieure chez le malade d'une hernie, nous songerons naturellement à un étranglement récent suivi peut-être d'une réduction en bloc par un taxis malencontreux.

Le malade avait-il de l'entérocolite ? (obs. XI) quoique l'occlusion due à cette affection soit très rare, elle a été signalée et attribuée à un spasme de l'intestin. L'administration de la morphine sera quelquefois suffisante dans ces cas-là pour rétablir le cours des matières.

Ou bien encore la constipation opiniâtre qui précédait l'occlusion aiguë, était due à une tumeur de l'intestin siégeant de préférence sur le côlon (cœcum et rectum). Parfois même le palper abdominal permet de sentir la tumeur quand le ballonnement du ventre n'est pas excessif, et que la douleur ne s'oppose pas à l'exploration de l'abdomen.

On constate aussi dans certains cas des signes généraux qui mettent sur la voie du diagnostic. Ce sont l'amaigrissement rapide et la teinte jaune caractéristique. Le toucher rectal, toujours indiqué dans l'occlusion, l'est davantage encore dans les cas de ce genre. La constipation habituelle doit aussi faire songer à l'obstruction intestinale par un amas de matières fécales plus ou moins haut situé. C'est alors que le lavement électrique produit des succès surprenants en réveillant la contractilité du tube digestif, et en amenant une hypersécrétion intestinale, bientôt suivie d'une débâcle libératrice.

Les corps étrangers peuvent obstruer aussi le tube intestinal. Ce sont le plus souvent des calculs volumineux, ou bien des amas de déchets alimentaires, noyaux de cerises, pépins de raisins [illegible]

Chez les vieillards, et après c[illegible]ons abdominales, on peut voir se proc[illegible]ies de l'intestin. C'est alors un ileus p[illegible]r-vient sans cause appréciable, ou [illegible] minée par une infection locale du [illegible]

La péritonite généralisée amène d'ailleurs, chacun le sait, une paralysie intestinale qui fait parfois dévier le diagnostic. (Obs. VII et VIII.)

ENTÉROSTOMIE D'EMBLÉE OU LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

SUIVIE DE CURE RADICALE

Avantages et inconvénients des deux interventions. — Dans tous les cas, c'est l'arrêt des matières fécales qui constitue le symptôme dominant et la principale cause du mauvais état général du malade.

C'est donc cette coprostase qu'il faut faire cesser le plus vite possible, et si une séance d'électrisation intestinale à l'aide de la sonde de Boudet n'amène aucun résultat, on doit sans tarder recourir à la laparotomie ou à l'entérostomie d'emblée.

Théoriquement, il semble que la laparotomie soit toujours l'opération idéale et rationnelle pour éclairer le diagnostic, et commencer le traitement de l'occlusion intestinale. L'ouverture de l'abdomen doit en effet permettre de voir l'obstacle qu'il faut supprimer. Elle doit nous donner toutes les facilités possibles pour guérir complètement notre malade en lui évitant toute rechute et toute complication.

Mais l'affection qui nous occupe crée précisément des conditions peu favorables à cette intervention. Le ballonnement intestinal inévitable complique singulièrement les recherches. Elles se prolongent outre mesure et aggravent le shock péritonéal que produisent toujours, alors même qu'ils sont rapidement exécutés, le dévidement de l'intestin, et surtout l'éviscération totale. M. Louis TIXIER l'a démontré dans sa thèse inaugurale.

Mais toutes ces manœuvres ne permettent pas toujours de découvrir l'obstacle, et [illegible] des recherches ou parfois le mauvais [illegible] de l'opéré obligent le chirurgien à [illegible] l'opération par une entér[illegible], en abouchant à la peau une anse [illegible]. Ce qui ne lui évitera pas d'a[illegible] dues à la distension [illegible] au moment de la fermeture de l'abdomen.

On [illegible] qu'une telle intervention nécessite [illegible] moins [illegible] n'est pas sans inco[illegible] chez un [illegible] dont les [illegible] depuis un certain [illegible] par le Bacterium [illegible]

habituel de notre intestin dont la virulence s'exagère si rapidement par la stase des matières fécales.

L'entérostomie n'est qu'une simple boutonnière pratiquée à une anse dilatée, fixée préalablement aux lèvres de l'incision du péritoine pariétal.

Elle ne peut donc nous donner aucun renseignement sur la nature de la lésion. Notre curiosité n'est pas satisfaite, c'est vrai ! Cependant notre incertitude n'est pas plus grande qu'après une laparotomie qui n'a pas permis de découvrir l'obstacle. Au moins, n'avons-nous pas aggravé l'état de notre malade !

En effet, l'entérostomie ne nécessite aucune manipulation de l'intestin. « Il ne faut pas chercher, disait Nélaton. L'intestin qui se présente est le bon. »

Cette opération ne nécessite pas l'anesthésie générale, car on peut très bien la pratiquer avec l'anesthésie locale que produisent les injections sous-cutanées de cocaïne, de stovaïne, etc.

De plus, l'évacuation du contenu intestinal se fait beaucoup plus facilement qu'après une entéro-anastomose, une entérorraphie, ou même la simple section d'une bride péritonéale.

On a prétendu que cette intervention créait une infirmité dégoûtante, mais une infirmité suppose au moins la survie du malade, et c'est déjà un grand succès que d'avoir pu l'obtenir même à ce prix, puisque nous devions surtout parer à un danger de mort imminente.

Et ce n'est là, le plus souvent, qu'une infirmité passagère. En effet, comme nous le verrons dans quelques observations (Obs. I, II, III, IV, VI) le cours des matières se rétablit parfois spontanément par le rectum, et la fistule iliaque s'oblitère alors d'elle-même, ou bien le chirurgien vient aider la nature à obtenir ce résultat, quand il est certain de la perméabilité du bout intestinal inférieur.

Si l'obstacle au cours des matières persistait cependant, la laparotomie pratiquée quelques semaines plus tard permettrait la cure radicale de la lésion quand l'état général du malade serait devenu satisfaisant, et dans des conditions beaucoup meilleures que dans la phase aiguë de la maladie.

Il est bien certain qu'alors l'asepsie nécessaire à la laparotomie sera moins facilement obtenue. On y arrivera cependant avec quelques précautions et le pansement collodionné de l'anus iliaque isolera celui-ci d'une façon suffisante pour permettre de pratiquer en toute sécurité l'incision médiane.

La fistule intestinale maintenue comme soupape de sûreté après la cure radicale secondaire se fermera d'elle-même dès qu'elle sera devenue inutile, comme cela se produit par exemple pour les fistules d'un urèthre rétréci, quand on a pu restituer à ce canal un calibre suffisant.

Nous croyons pouvoir dire d'ailleurs que l'entérostomie est très supportable pendant un certain temps avec des soins suffisants de propreté. (Obs. XI), et le malade revenu à la vie, préfèrera certainement à la mort, qu'il a vu de près, cette infirmité que d'autres auraient voulu lui éviter.

Nous venons de voir les avantages et les inconvénients respectifs de chacune des deux interventions possibles dans l'occlusion intestinale aiguë.

Que pourrons-nous attendre de chacune d'elles contre les causes les plus habituelles de cette affection ?

Dans l'invagination, le volvulus et les étranglements internes, la laparotomie est encore l'opération qui nous permettra souvent de trouver l'obstacle et d'y remédier efficacement, si toutefois l'intervention peut être assez précoce, ce qui n'est que très rare. Mais n'a-t-on pas vu maintes fois des invaginations solidement adhérentes ? L'opérateur se trouve alors entraîné à pratiquer une résection ou une entéro-anastomose (Obs. X, XII) que la friabilité de l'intestin dilaté rend toujours longues et difficiles sans qu'il soit permis de compter sur l'étanchéité des sutures.

En outre, que de volvulus se sont reproduits après avoir été péniblement déroulés ! Combien de brides sectionnées et de hernies internes réduites sans cependant que le cours des matières se rétablisse ! L'obstacle a bien été reconnu et supprimé, mais l'obstruction persiste et l'opération n'a servi qu'à éclairer le diagnostic.

L'entérostomie dans ces cas ouvre une porte de sortie par où s'échappe facilement le contenu intestinal. Il en résulte pour le malade un soulagement immédiat.

Les anses dilatées évacuent leur contenu hypertoxique, se décongestionnent, et recouvrent leur contractilité.

Une fois les premiers accidents passés, l'état général s'améliorera très souvent, et l'obstacle pourra être recherché dans une seconde intervention qui sera pratiquée dans de meilleures conditions de réussite.

Tout danger immédiat a disparu, mais n'y a-t-il à

craindre aucune complication de la part d'un obstacle dont nous ignorons toujours la nature ?

En effet, le sphacèle et la perforation de l'anse étranglée produisent parfois une péritonite mortelle, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit alors, à part quelques exceptions, de malades dont la résistance est presque nulle, et dont l'intestin friable et très distendu serait la cause de difficultés presque insurmontables au cours de la laparotomie. Celle-ci hâterait le plus souvent l'issue fatale que l'entérostomie aurait laissé se produire.

S'il s'agit d'une invagination arrivée à ce stade avancé, on peut voir l'anse invaginée se sphacéler à l'abri d'adhérences suffisamment solides et s'éliminer en rétablissant la perméabilité intestinale.

Et si par bonheur l'intestin étranglé ou invaginé n'est pas encore sphacélé, il n'est pas téméraire de compter sur la décongestion et sur l'évacuation dues à l'entérostomie pour permettre le rétablissement de la circulation sanguine dans les anses étranglées, et quelquefois les mouvements péristaltiques parviendront à faire cesser l'invagination ou la hernie interne jusqu'alors irréductibles.

Mais il est des cas où l'entérostomie reste complètement impuissante !

En effet, dans un volvulus, les anses tordues, fermées aux deux bouts, se dilatent elles aussi, et la fistule pratiquée sur l'une d'elles n'amènera évidemment aucun résultat. Ici, pas de salut possible sans une laparotomie précoce et rapide.

Mais, tous les étranglements internes ne sont pas des volvulus, et faut-il rejeter de parti-pris l'entérostomie d'emblée sous prétexte que dans certains cas, elle ne peut pas sauver un malade. La laparotomie elle-même est-elle à l'abri de ce reproche ?

La hernie étranglée rentrée en bloc offre aussi le tableau symptomatique de l'occlusion intestinale. Mais l'interrogatoire du malade ou de son entourage éclairera presque toujours le diagnostic et dictera la conduite à tenir. L'incision au niveau de la hernie permettra souvent de retrouver le sac et son contenu et de les traiter comme une hernie ordinaire. Les recherches rendues plus faciles par les circonstances, permettent souvent la cure radicale, à moins que l'état de l'intestin étranglé, et ses adhérences avec le sac, ne nécessitent la fixation de l'anse à la paroi après débridement du collet de la hernie. Ce ne sera alors ni une laparotomie, ni une entérostomie véritables que l'on aura pratiquées.

Si l'obstacle est constitué par un spasme intestinal, la laparotomie permettra de constater la différence de volume de l'intestin au dessus et en dessous de la zone spasmodiquement rétrécie, l'intestin semblera normal, et l'on sera amené à pratiquer une entéro-anastomose qui sera couronnée de succès si l'intervention a été faite sur un malade suffisamment résistant, sinon, la mort sera rapide est inévitable.

Un ileus paralytique chez un vieillard ou bien une paralysie intestinale due à une péritonite localisée, nécessiteraient l'anus iliaque après la vaine recherche d'un obstacle quelconque.

Le malade aurait alors à supporter tous les inconvénients de la laparotomie et ceux de la fistule intestinale, sans autre avantage que la connaissance du diagnostic pour le chirurgien. Et encore, cela n'est-il pas certain.

On attribue à la laparotomie une action curatrice sur l'ileus paralytique, mais, comme le dit M. Lefort, « pour être plus certains de cette action curatrice, il est bon de pratiquer une petite entérostomie. »

Mais alors, ne peut-on pas admettre plutôt l'action bienfaisante de cette entérostomie ?

Cette intervention a d'ailleurs été préconisée récemment dans le traitement de la paralysie intestinale par ileus ou péritonite. Elle agirait, paraît-il, en assurant le drainage de l'intestin et en empêchant, par le fait, la migration du bactérium à travers les parois distendues du tube digestif.

L'entérostomie aurait donc un plein succès dans l'ileus paralytique et aucune complication secondaire ne serait à craindre. La perméabilité intestinale se rétablissant spontanément dans la suite, la fermeture de la fistule pourrait avoir lieu très rapidement.

La péritonite généralisée amène aussi de la paralysie intestinale. La laparotomie sera alors l'intervention de choix qui permettra le nettoyage et le drainage de la cavité péritonale après la fermeture d'une perforation, ou la résection d'un appendice malade, mais les informations cliniques auront été différentes de celles de l'occlusion intestinale ordinaire, et le diagnostic aura pu le plus souvent être posé avant l'intervention.

L'entérostomie serait certainement moins utile. Elle aurait cependant le même avantage que l'on croit

pouvoir lui attribuer dans la paralysie de l'intestin et que nous avons signalé plus haut.

S'agirait-il d'une tumeur intestinale méconnue jusqu'alors, l'entérostomie d'emblée serait le traitement de choix permettant plus tard une exploration et un traitement efficace, une entéro-anastomose le plus souvent, ou bien si la lésion n'est pas trop avancée, une résection complète. La laparotomie au contraire est tout-à-fait contre-indiquée dans les cas de tumeurs intestinales accompagnées d'occlusion aiguë.

Et pourquoi les obstructions dues à des corps étrangers de l'intestin, ou à une accumulation de matières fécales, ne pourraient-elles pas bénéficier aussi du traitement par l'entérostomie.

Comme on le voit, cette dernière opération n'amène pas tant de complications secondaires que le prétendent ses adversaires, et la laparotomie pratiquée trop tard, ce qui n'est que trop fréquent, hélas ! expose à des difficultés abondantes, et produit bien souvent une aggravation considérable dans l'état du malade.

Cependant, nous admettons que dans un hôpital bien outillé, où il trouvera les aides nécessaires, un chirurgien habile se permette parfois une opération audacieuse

Audentes fortuna juvat !

surtout quand ils ont sous la main tout ce dont ils peuvent avoir besoin.

Mais il faut agir vite, et les hésitations ne doivent pas se prolonger, car l'état du malade s'aggrave et chaque instant qui s'écoule diminue sa résistance.

Quelle que soit l'opération à laquelle on se décide, la vie du patient dépend souvent d'une prompte détermination. *(A suivre).*

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le XIX[e] Congrès de l'**association française de chirurgie** a nommé président pour 1907, M. le professeur Berger, de Paris ; vice-président M. le professeur Forgue, de Montpellier.

— Une place de **chirurgien-accoucheur suppléant** et une place de **médecin suppléant** des hospices et hôpitaux d'Amiens, sont mises au concours ; les épreuves commenceront le 27 décembre 1906, à midi, dans une des salles de l'Hôtel-Dieu.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices, 127, rue de Beauvais, à Amiens, avant le 1[er] décembre 1906.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Un concours pour une bourse départementale de pharmacie s'ouvrira à la Faculté le lundi 10 décembre, à 9 heures du matin.

Dernier délai d'inscription mercredi 5 décembre.

— Une session pour l'**obtention du certificat d'études exigé des aspirants chirurgiens dentistes** s'ouvrira le 25 octobre, à huit heures du matin.

Dernier délai d'inscription le lundi 15 octobre.

— La première session des **examens de novembre** s'étendra du 8 au 15. Les consignations seront reçues du 20 au 27 octobre.

— Le registre d'**inscriptions** sera ouvert :

1° Pour les étudiants en médecine du 22 octobre au 5 novembre ; 2° pour les étudiants en pharmacie du 2 au 10 novembre.

Notre Carnet

Le docteur Damiens, de Bruay (Pas-de-Calais), nous fait part de la naissance de son fils Georges. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits pour madame Damiens et pour l'enfant.

UNIVERSITÉ DE PROVINCE

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. — M. le docteur Mandereau, professeur d'anatomie, est chargé pendant l'année scolaire 1906-1907 des fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

M. le docteur Maldiney, chef des travaux de physique, est chargé d'un cours de physique.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — M. le docteur Pauchet est institué pour une période de neuf années, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Th. CLERQUIN.

N° 510. Dixième Année. N° 42 Le Numéro : **10** centimes 21 Octobre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1[er] janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë :

Entérostomie d'emblée ou laparotomie exploratrice suivie de cure radicale

par MM.

Le docteur **Juste Colle** chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine

et

F. Butruille interne des hôpitaux de Lille (1904)

(Suite et fin)

(1863). OBSERVATION I. (Extraite de TROUSSEAU). — *Occlusion de cause inconnue ; entérostomie ; guérison complète.* — J'étais mandé en consultation, il y a seize ans, auprès d'un jeune peintre de Hambourg. Je constatais tous les symptômes de l'étranglement interne : vomissements de matières analogues aux matières stercorales et qui duraient depuis six ou sept jours. Ballonnement considérable du ventre, excavation des yeux, refroidissement général. La mort paraissait imminente. On me disait que le malade était affecté de hernie. Je cherchais en conséquence s'il n'y avait pas de tumeurs dans la région inguinale, il n'y en avait point. Je me demandai alors si les accidents n'étaient pas produits par un étranglement situé au collet du sac, et je priais M. NÉLATON de venir me donner son avis. Mon honorable collègue reconnut ainsi que moi les symptômes caractéristiques de l'occlusion, mais sans pouvoir plus que moi en préciser la cause.

Cependant le danger était pressant, et la gastrotomie nous sembla pouvoir seule le conjurer. Il fut décidé que l'on ouvrirait un anus contre nature et l'opération fut faite. Les accidents cessèrent aussitôt. Huit ou dix jours après, le jeune homme était rétabli, il avait repris de l'appétit, et digérait bien ce qu'il mangeait.

Trois mois plus tard, il était complètement guéri, l'anus contre nature était fermé, et lorsque, il y a quatre ans, j'entendis parler de notre malade, j'apprenais qu'il était parfaitement bien portant.

OBSERVATION II (TROUSSEAU). — *Occlusion de cause inconnue ; entérostomie ; guérison complète.* — Il y a neuf ans, un de nos honorables confrères de Paris m'appelait pour la troisième ou quatrième fois pour voir sa femme qui, à plusieurs reprises, avait présenté tous les accidents de l'occlusion intestinale. Ces accidents coïncidaient avec une constipation opiniâtre dont les purgatifs drastiques triomphaient habituellement.

Requin et Beau étaient appelés en même temps que moi. En examinant la malade, nous décidâmes d'un commun accord qu'il fallait insister sur l'emploi des drastiques, et combiner leur action avec celle des cataplasmes belladonés, des applications de glace sur le ventre, des bains prolongés, afin de vaincre ce que nous croyions être des accidents de même nature que ceux éprouvés précédemment.

Malgré ces différents moyens, les accidents persistaient, la tympanite était considérable, les vomissements avaient pris l'aspect caractéristique qu'ils offrent dans la hernie étranglée, et la vie nous semblait devoir s'éteindre dans l'espace de 24 à 36 heures.

Dans cette occurrence, M. Nélaton fut invité à se joindre à nous, et la gastrotomie fut décidée.

L'anus contre nature établi, donna passage à une grande quantité de gaz et de matières, et le soulagement fut immédiat. La convalescence ne se fit pas attendre, et aujourd'hui la malade dont je vous parle jouit d'une santé parfaite.

Observation III. — *Occlusion de cause inconnue, entérostomie, amélioration passagère, mort due à une affection intercurrente.* — Un général russe souffrait d'une grave perturbation des fonctions digestives. Il y avait deux mois environ que les garde-robes avaient commencé à devenir plus rares et plus pénibles. Son appétit était moins vif. Peu à peu le ventre s'était ballonné puis des gaz inodores d'abord, fétides plus tard, furent rendus par la bouche. Quand je vis le général, il avait déjà notablement maigri et perdu ses forces. Sa figure avait le type abdominal.

Cependant, on n'y découvrait ni l'aspect, d'une cachexie très prononcée, ni la teinte caractéristique du cancer.

A travers les parois abdominales amaigries, on distinguait les bosselures formées par les anses intestinales distendues. Le ballonnement était considérable, il n'y avait de douleur nulle part. Depuis huit jours, le malade vomissait : les vomissements avaient d'abord été composés des aliments ingérés, puis, ils étaient devenus horriblement jaunâtres, et étaient très évidemment stercoraux Il y avait un hoquet des plus pénible. Les gardes robes spontanées étaient absolument nulles, à peine de temps à autre et au prix de grands efforts, le malade expulsait-il quelques gaz par l'anus. Je conseillai d'abord des douches ascendantes.

On administra ainsi de quatre à six litres de liquide deux fois par jour. Le liquide pénétrant était rendu, mais n'entraînait jamais qu'une petite quantité de matières fécales, lesquelles étaient de petit calibre, et un peu rubanées.

L'occlusion intestinale était certaine, et il était vraisemblable qu'elle siégeait dans le gros intestin en raison de la forme spéciale des matières rendues.

D'ailleurs, le doigt introduit dans le rectum, et même une sonde très longue, ne pouvait atteindre le rétrécissement.

Quant à la nature de ce rétrécissement, on pouvait espérer qu'elle était fibreuse, et non cancéreuse, en raison de l'absence de la cachexie prononcée, et d'antécédents héréditaires.

Tous les moyens ayant échoué (drastiques énergiques, et douches ascendantes) l'entérostomie fut résolue et pratiquée par M. Nélaton. L'incision de l'intestin donne issue à des flots de matières jaunâtre, liquides, excessivement fétides. Il en sortit ainsi près de trois grandes cuvettes.

Le soulagement fut immédiat et très grand. L'opération avait été faite le 22 juin 1863, et pendant 7 jours, il s'écoula par l'anus contre nature des matières teintes par la bile, des gaz.

Le malade put manger, reprendre des forces et du courage. Le 29 juin, au soir, il eut des coliques assez vives, et rendit deux gaz par l'anus, bientôt suivis d'une garde robe de matières moulées. Il y eut une autre selle dans la nuit.

Malheureusement, le lendemain, il survint un accès de fièvre violente, qui dura plus d'une heure, puis un nouvel accès le surlendemain. Cependant la plaie n'était pas devenue très douloureuse, et il n'y avait pas d'indice de péritonite.

Quoi qu'il en soit, le 1er juillet, 9 jours après l'opération, le général succombait après avoir donné pendant 7 jours les plus grandes espérances de guérison.

Observation IV. — *Observation extraite du Journal de* Lucas-Championnière, *année 1869*. Le Docteur Louis Thomas, de Tours, a adressé à la Société de chirurgie une observation intéressante d'occlusion intestinale traitée par l'entérotomie et guérie avec rétablissement du cours normal des matières.

L'absence de tout symptôme de péritonite détermina M. Thomas à proposer l'entérotomie qui fut acceptée par le malade (un instituteur) et pratiquée sans l'assistance du chloroforme le 18 décembre 1868.

Le côté droit fut incisé selon les règles jusque l'intestin, le cœcum énormément distendu s'étant présenté entre les lèvres de l'incision fut ouvert après fixation à la paroi abdominale par six points de suture. Il en sortit une quantité considérable de matières fécales évaluée environ à 14 ou 15 livres. Le soulagement qui s'ensuivit fut immense, tout alla bien les jours suivants. Dès le 23 décembre, la perméabilité de l'intestin était rétablie.

Le 10 janvier 1869, les accidents se reproduisirent, l'obstacle siégeant cette fois sur l'S iliaque où des matières étaient accumulées.

Des injections répétées, et l'introduction par l'anus d'une sonde œsophagienne portée deux fois par jour jusqu'au delà de l'obstacle, introduction suivie chaque fois de lavement, parvinrent à faire cesser les accidents. Les selles se rétablirent et bientôt elles eurent lieu naturellement. L'écoulement de matières par l'anus artificiel devint chaque jour moins abondant et cessa bientôt presque complètement.

Le 4 mars, le malade dont l'état général était excellent, venait voir M. L. Thomas, à Tours, pour le prier de le débarrasser de son anus artificiel. Il ne prenait plus de lavements, et allait naturellement à la selle deux fois par jour. L'anus artificiel n'avait plus qu'un orifice très étroit, et ne donnait plus lieu à aucun écoulement. C'était une petite infirmité dont M. Thomas a cru prudent de ne le débarrasser que dans quelques mois.

Ces quatre observations sont, il est vrai, d'une époque où la chirurgie abdominale était encore assez rudimentaire.

Les guérisons à la suite de la cure radicale étaient alors l'exception, mais elles n'en restent pas moins quatre succès à l'actif de l'entérostomie, et elles prouvent bien l'utilité de cette opération, même dans des cas presque désespérés.

Nous croyons pouvoir en effet attribuer l'issue fatale de l'observation III à une affection intercurrente, sans relation obligatoire avec l'occlusion intestinale, et l'observation IV nous montre que M. Thomas et son opéré semblaient attacher peu d'importance à la « petite infirmité » que certains auteurs considèrent comme insupportable, au point qu'il faille y préférer les plus grandes chances de mort.

Observation V. — Due à l'obligeance de M. le professeur Folet. — *Occlusion intestinale. — Laparotomie. Puis entérostomie. Mort.* — Pierre D..., 63 ans, épicier, envoyé à l'hôpital Saint-Sauveur par M le docteur P. Colle, qui avait constaté des symptômes d'une occlusion intestinale, les vomissements étant déjà fécaloïdes.

Le 2 avril 1897, le malade vient lui même à l'hôpital à pied pour se faire opérer. On opère d'urgence, chloroforme, incision sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic.. Après l'ouverture du péritoine, la main de l'opérateur explorant l'abdomen, rencontre un noyau dur et réniforme dans la fosse iliaque gauche ; en même temps, on constate qu'une partie de l'intestin est distendue, rouge, œdématiée, tandis que l'autre est vide et aplatie.

En dévidant jusqu'au point d'intersection de ces deux parties, il est logique de trouver le siège de l'occlusion. On arrive précisément sur le gros noyau qu'on avait rencontré par l'exploration manuelle.

Ce noyau était constitué par un pli de l'intestin grêle engagé dans la fossette sigmoïde.

On a donc affaire à une hernie interne. La moindre traction délivre l'intestin. On ferme le ventre.

3 avril, après-midi. — Le malade n'a encore évacué ni selles ni matières fécales. MM. Folet et Lambret décident alors de pratiquer un anus contre nature.

Incision dans le flanc gauche. Le péritoine contient une sérosité louche. On constate la perméabilité parfaite de l'anse qui était herniée la veille. La portion supérieure à l'étranglement est encore dilatée, elle est fixée à la paroi et ouverte. L'évacuation est insignifiante. Le malade meurt la nuit suivante.

La mort est attribuée à la stercorémie, et le défaut d'évacuation, à la paralysie intestinale consécutive à la distension qui causa l'étranglement.

L'autopsie fut pratiquée par M. le docteur Lambret. Les choses sont encore dans le même état. Les anses supérieures, très distendues ; les inférieures, aplaties ; pas de fausses membranes ni de liquide dans le ventre. L'étranglement siégeait à environ un mètre de la valvule iléo-cœcale ; le siège de la hernie était bien la fossette intersigmoïde que l'on trouve très dilatée.

Plusieurs points sont à signaler dans cette observation ; l'état général du malade assez bon en apparence (il vient à pied à l'hôpital), l'opération rapide, le peu de manipulations, le bon état de l'intestin dû au faible degré d'étranglement, et cependant la paralysie persistante après la levée de l'obstacle sans que l'autopsie permette d'admettre une péritonite.

La facilité avec laquelle meurent les stercorémiques même en réduisant au minimum les manipulations. N'est-il pas permis de croire que le malade dont il s'agit aurait survécu à l'aide d'une entérostomie d'emblée ?

Observation VI. — Extraite des Compte-rendus de la Société Anatomique de Paris, 11 Juillet 1902. — *Etranglement de l'intestin grêle presque entier par un diverticule de Meckel enroulé autour de lui et adhérant au mésentère par son extrémité. Entérostomie ; mort ; autopsie.* — Présentée par M. Lance, Interne des hôpitaux de Paris.

T. A. 35 ans, entre le 2 juillet 1902 à midi. Début brusque des accidents le lundi matin 29 juin par des vomissements et une vive douleur dans le ventre. Depuis, les vomissements ont sans cesse augmenté, et lors de l'entrée à l'hôpital, on assiste à un vomissement fécaloïde très net ; pendant les trois jours, aucun gaz n'a été émis par l'anus, le malade est dans un état de collapsus complet, yeux excavés, nez effilé, lèvres et langue sèches, pouls misérable aux environs de 180, temp. 37°2.

Le ventre est uniformément ballonné et dur, tympanisé dans toute sa partie supérieure, son tiers inférieur est mat. Cette matité due à du liquide se déplace si on tourne le malade.

Les renseignements ne relèvent aucun antécédent intestinal.

Le toucher rectal, l'examen des orifices herniaires ne donnent aucun renseignement.

On conclut à une occlusion interne aiguë, par obstacle mécanique. Vu l'état du malade, on se décide pour un anus contre nature.

A deux heures anesthésie au chloroforme, incision, fosse iliaque droite. A l'ouverture du péritoine il s'échappe 300 gr. de liquide jaunâtre séreux. Le cœcum est aplati, on attire donc dans la plaie la première anse grêle dilatée. Elle est rouge violacée, friable, on la fixe à la paroi ; puis on l'incise au thermocautère.

Evacuation d'une quantité de matières liquides jaunes, fétides, suture de la bouche à la peau.

Malgré les stimulants, le sérum à haute dose, le malade meurt 40 heures après l'intervention.

Autopsie. — On pratique une laparotomie médiane, immédiatement les anses intestinales très distendues s'échappent au dehors, on déroule presque en entier dans les deux sens vers le duodénum et vers le cœcum

les anses dilatées sans trouver la cause de l'étranglement.

On s'y reprend à plusieurs fois sans plus de succès. Pour se donner du jour, on fend l'abdomen en travers, c'est alors seulement qu'on aperçoit entre les anses autour de la base du mésentère, enroulé autour de lui, un cordon de la grosseur d'un doigt, rouge foncé presque noir, que l'on prend pour une anse intestinale étirée et aplatie.

On pense alors à un volvulus de presque toute la masse intestinale, mais on essaie en vain de le détordre de droite à gauche, de gauche à droite.

On se décide à enlever en masse le contenu de l'addomen et c'est alors seulement qu'on peut se rendre un compte exact de l'agent de l'étranglement.

En partant du cœcum, on trouve environ 50 centimètres d'intestin grêle aplati, puis en ce point s'insère sur le bord libre de l'intestin un diverticule de Meckel qui entoure en entier le mésentère pour venir par une extrémité dilatée s'insérer sur le mésentère de l'anse d'où il est parti. Seule, échappe à l'étranglement une longueur de 20 centimètres de jéjunum au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal.

Le diverticule de Meckel a une longueur de 15 à 16 cent., la grosseur du petit doigt, et se termine par une extrémité dilatée de la grosseur d'une petite noix.

C'est ce renflement qui adhère au mésentère par des adhérences solidement fibreuses ; à son point d'implantation à son origine, il est tordu deux fois sur lui-même.

D'après la façon dont l'anse formée par le diverticule est serrée, il est impossible que des anses grêles aient passé dans un anneau préformé par l'adhérence de la pointe du diverticule. Il faut admettre que le volvulus qui a amené une inflammation du diverticule, l'adhérence de son extrémité et l'emprisonnement de la presque totalité du grêle, sont des phénomènes concomitants. C'est d'ailleurs, d'après Besnier, ainsi que se passe le plus souvent les accidents dans les cas analogues.

Quant à notre anus contre nature, il est situé sur une anse étranglée à 50 centimètres seulement du duodénum, 30 centimètres au-dessous de la limite supérieure de l'étranglement. Aucun signe de péritonite à son pourtour.

Cette observation nous semble intéressante, continue M. Lance, car elle montre que l'anus iliaque ici, ne pouvait donner aucun résultat puisque tout le grêle était étranglé par en haut et par en bas.

Nous croyons qu'une laparotomie n'aurait pas donné de meilleurs résultats. A l'autopsie nous avons trouvé que par une simple incision longitudinale nous ne pouvions trouver la cause de l étranglement. En admettant que nous l'ayons trouvée, nous aurions d'abord pensé à un volvulus et sans doute hésité à réséquer un diverticule qui ressemblait à une anse intestinale.

De plus, nous n'avons trouvé ni dans les articles de traités classiques, ni dans les thèses de Blanc et d'Augier des exemples d'occlusion aussi étendue relevant de la même origine.

A propos de cette observation, M. Morestin donna son avis sur le traitement de l'occlusion intestinale. Le voici :

« Le traitement des occlusions intestinales serait en somme assez simple, s'il pouvait être précoce. En pratique nous opérons dans des conditions extrêmement défavorables, car on nous apporte, à l'hôpital, presque toujours des moribonds.

» Au point de vue technique, la principale difficulté est généralement la distension des anses.

» Quand le ventre est ballonné il est presque impossible, sauf hasard heureux, de faire une laparotomie utile. L'éviscération simplifie la tâche du chirurgien mais hâte ordinairement la mort de ces malades profondément intoxiqués et sans résistance. Le dévidement des anses distendues est déjà une manœuvre grave, un sérieux traumatisme de l'intestin qui se trouve dans des conditions pathologiques. Autant que possible, il faut, à mon avis, rechercher l'intestin *flasque* et l'examiner méthodiquement en partant d'un repère connu.

» Dans les cas avec grand ballonnement, j'ai l'habitude 1° de faire une incision latérale droite sur le bord extrême du muscle droit ; 2° de rechercher le cœcum et la terminaison de l'intestin grêle ; 3° si les dernières anses de l'iléon sont vides, de les attirer, devidant l'intestin flasque, ce qui se fait vite, très facilement et sans danger. On arrive presque toujours par cette tentative à trouver le siège de l'obstacle et à le lever sans avoir à s'occuper des anses distendues contenues et maintenues par la paroi abdominale. »

» Si les recherches sont négatives, on peut toujours terminer soit par un anus artificiel, soit par une anastomose entre une anse distendue et le côlon pelvien quand celui-ci de type long peut être attiré dans la plaie et quand l'état du malade autorise cette tentative. »

» Le drainage est une utile précaution quand on a pu terminer autrement que par l'anus artificiel.

» Le progrès qu'il importe de réaliser au plus tôt c'est un procédé *rapide et sûr* d'évacuation des anses distendues.

Ce point acquis, on aura changé le pronostic d'abord en permettant de débarrasser extemporanément l'organisme de tous les poisons accumulés au-dessus de l'obstacle, en second lieu, en laissant au chirurgien les mains libres pour la recherche et la levée de l'obstacle.

J'ajoute que dans un grand nombre de circonstances, on peut se borner à l'emploi de l'anesthésie locale, l'anesthésie générale étant chez ces sujets un facteur important de la mortalité. »

— Il nous semble que l'entérostomie d'emblée est bien souvent, à part quelques exceptions assez rares

quoiqu'on dise, le « procédé rapide et sûr d'évacuation » réclamé par M. Morestin, qui permet de parer aux premiers accidents et n'empêche pas une intervention secondaire « pour la recherche et la levée de l'obstacle. »

Observation VII. — Recueillie dans le service de M. le Professeur Folet. — *Occlusion post-opératoire ; entérostomie ; guérison complète.* — D.., Adèle, 48 ans. Opérée le 17 octobre 1905 d'un fibrone de l'utérus, réunion par première intention.

Le quatrième jour qui suivit l'opération on fit purger la malade qui eut alors 3 ou 4 selles dans la journée du 21. A partir de ce jour, la malade ne va plus à la selle, ce qui n'était pas inquiétant tout d'abord, étant donnée l'habituelle constipation de l'opérée. Le 25, on lui donne un verre d'eau de Jânos sans résultat. Le 26, nouvelle purge d'huile de ricin encore sans résultat. L'état général s'aggrava brusquement dans l'après-midi. Dès ce moment, la malade commença à avoir des nausées suivies bientôt de vomissements sans matières fécales. Le 27, on lui administra une série de lavements à la glycérine et toujours sans résultats. On se décida à intervenir le jour même. On lui fit une fistule intestinale avec anesthésie locale à la cocaïne.

L'état général de la malade s'est de suite amélioré, les vomissements ont cessé. La température oscille de 37° à 38°. La malade va à la selle par le rectum le 30 octobre à la suite d'un lavement. Elle n'évacue aucun gaz par l'anus depuis cette date, et les matières fécales ne passent que par la fistule intestinale.

Chaque lavement est cependant suivi d'une évacuation de matières par l'anus. On fait absorber à la malade des grains de moutarde pour en contrôler le passage dans le bout terminal de l'intestin.

13 novembre 1905. — On constate dans les selles émises à la suite d'un lavement la présence de matières fécales très nettes, moulées, et aussi la présence de quelques graines de moutarde, gonflées par leur séjour dans l'intestin. L'obstacle est donc devenu perméable, mais encore insuffisamment pour éviter l'écoulement de matières par la boutonnière intestinale, même garnie d'un tampon d'ouate compressif.

5 décembre — Peu à peu, les matières se sont écoulées moins abondamment par la fistule iliaque, alors que la malade allait à la selle de plus en plus facilement, mais toujours en ayant recours aux lavements purgatifs.

6 et 7 décembre 1905. — La malade a été à la selle deux jours de suite sans lavement. On lui recommande de les continuer néanmoins, pour faciliter l'évacuation par la voie rectale et laisser la fistule se refermer.

L'appétit est resté bon, et la malade s'alimente très convenablement.

1er juin 1906. — Les nouvelles que l'on nous a fournies sur la malade sont excellentes. Elle se nourrit bien, grossit, va bien à la selle, et son anus iliaque reste complètement fermé depuis le mois de janvier 1906, époque de sa sortie de l'hôpital.

Nous avons eu affaire ici à une occlusion aiguë post-opératoire. La rapidité des symptômes inquiétants commandait une évacuation prompte des matières accumulées dans l'intestin ballonné. Le siège de l'obstacle ne nous importait guère, nous voulions parer au plus pressé.

Les suites de l'intervention furent satisfaisantes. Il est certain que les soins nécessités par la malade furent un surcroît de besogne pour le personnel du service, mais la malade était assez peu incommodée par son infirmité nouvelle dont elle suivait avec plaisir la disparition progressive. L'occlusion de la fistule fut spontanée et complète, et c'est là un détail intéressant à remarquer.

Observation VIII. — Recueillie dans le service de M. le Professeur Folet et présentée à la Société centrale de médecine du département du Nord par MM. J. Colle et P. Butruille. — *Perforation stomacale simulant une obstruction intestinale. Laparotomie sans résultat ; entérostomie sans résultat ; mort.* — La malade, âgée de 33 ans, entra à l'hôpital le 13 novembre 1905 dans la matinée avec le diagnostic de péritonite. Elle avait eu la veille une douleur dans le ventre, brusque, et mal localisée.

Elle présentait à ce moment une température de 36°5, et 96 pulsations à la minute. Ventre ballonné, douleur généralisée à tout l'abdomen sans aucune localisation spéciale. Sonorité uniforme, la percussion ne causait pas une douleur appréciable. La malade se plaignait en outre d'une douleur à l'épaule gauche qui nous fit penser à l'ulcère de l'estomac. Elle se plaignait aussi depuis longtemps de douleurs gastriques, mais n'avait jamais présenté de meloena ni d'hématémèse. Elle avait été à la selle la veille, on prescrivit de la glace sur le ventre et de l'opium à l'intérieur. Le soir, température 37°3, 100 pulsations à la minute.

14 novembre. Matin, température 37°8, pouls 102.

La douleur ne s'est pas accentuée, le ballonnement est stationnaire, pas de selle depuis l'avant-veille. Devant l'absence de symptômes aigus de perforation, on donne à la malade 50 centigrammes de calomel pour lutter contre la constipation. La douleur à l'épaule gauche persiste.

Température, soir, 38°1, pouls 105.

15 Novembre. — Matin, température, 37°5, pouls 100. Pas encore de selle, lèvres et dents fuligineuses, douleur dans tout l'abdomen augmentée depuis la veille, ballonnement persistant, faciès tiré. Le diagnostic d'obstruction intestinale est posé sans qu'on puisse en préciser la cause.

On se décide à la laparotomie dans le but d'aller chercher l'obstacle et de le lever si possible.

L'opération est pratiquée par M. le Docteur Colle chef de clinique.

A l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales

distendues sortent par l'orifice. Elles sont immédiatement garnies de compresses stérilisées. Dans le flanc gauche, l'S iliaque paraît moins dilatée et semble contenir quelques matières fécales solides, palpables à travers la paroi intestinale. L'angle colique gauche est très accentué, et présente quelques brides qui sont facilement rompues. On constate la présence en cet endroit de la cavité péritonéale d'une petite quantité de sérosité sans odeur. Les adhérences rompues présentaient l'aspect des adhérences en ficelles auxquelles Quénu attribue certaines occlusions intestinales. Les anses distendues semblaient ne contenir que des gaz.

L'obstacle parait être levé par la rupture des adhérences, les anses intestinales distendues furent réintégrées non sans difficulté dans l'abdomen par le procédé de la compresse ; la paroi abdominale fut suturée en masse au fil d'argent en retirant peu à peu la compresse protectrice. Pansement.

Une sonde à entéroclyse introduite alors dans le rectum le plus haut possible, livra passage à des gaz et à des matières liquides. Cette sonde fut remplacée par un tuyau de caoutchouc muni d'œillets latéraux, qu'on laissa à demeure. La malade fut remise dans son lit et réchauffée à l'aide de bouillottes Le drain rectal fut muni d'un long tube de caoutchouc plongeant dans un bocal placé sous le lit et à moitié rempli d'eau.

Le soir, des matières fécales s'étaient écoulées dans le bocal. Température, 37°. Pouls, 104 ; l'eau du bocal est renouvelée.

16 Novembre, matin. — Aucune matière ne s'est écoulée depuis la veille. Température, 37°. Pouls, 96, petit. Injection de 250 gr. de sérum artificiel. Soir, température, 37°1 ; pouls 98.

17 Novembre. — Facies tiré, température 37°, pouls 120 petit et filant. Toujours pas de selle. Le ventre est plus tendu que la veille. Le drain rectal est retiré. Il ne s'en écoule rien, et il n'est pas bouché.

On se résout alors à l'anus artificiel, croyant avoir affaire à de l'obstruction intestinale. La fistule intestinale est faite dans le flanc droit avec anesthésie locale à la cocaïne en injection sous-cutanée.

Dès l'ouverture du péritoine pariétal, il s'écoule quelques gouttes de sérosité. Le cæcum se présente à l'orifice gonflé et tendu. Il est reconnu à ses bosselures et à ses bandes musculaires longitudinales. La paroi est fixée au feuillet pariétal à l'aide de 4 points intersticiels à la soie (supérieur, inférieur, interne et externe). On incise la boutonnière intestinale par où s'échappent des gaz et très peu de matières liquides. Un drain est placé dans cette ouverture pour la maintenir béante.

Pansement de la fistule intestinale, renouvellement du pansement de la plaie abdominale. Le tout est maintenu par un bandage de corps modérément serré et avec sous-cuisses.

Le soir, température 37°5, pouls 125. Injection de 300 grammes de sérum artificiel.

18 Novembre. — La malade est morte à 3 heures du matin. L'autopsie est pratiquée dans l'après-midi. On rouvre la plaie médiane, l'intestin est dévidé sur toute sa longueur du duodénum au rectum. On constate quelques adhérences très légères entre les anses intestinales. L'anus artificiel pratiqué la veille était entouré d'adhérences déjà solides. L'appendice examiné en passant ne présente rien d'anormal.

Au niveau de l'S iliaque, aucun obstacle au cours des matières. Quelques scybales dans le rectum de l'S iliaque.

Le grand épiploon que l'on avait écarté pour suivre le tube intestinal présentait avec celui-ci des adhérences très faibles. Les anses situées dans le petit bassin étaient garnies de fausses membranes. Le péritoine contenait environ 150 gr. de liquide louche qui s'accumula dans le petit bassin après que l'on eut récliné en haut la masse intestinale.

Les recherches furent alors dirigées vers l'estomac. Sa paroi antérieure était intacte. La paroi épiploïque de l'arrière-cavité fut effondrée avec les doigts ; un liquide louche et grumeleux s'écoula par l'orifice ainsi pratiqué, et presque aussitôt, on aperçut une perforation stomacale à bords nets, située sur la paroi postérieure de l'organe, près du pylore.

L'estomac fut alors détaché par section du cardia d'une part, et de la première portion du duodénum d'autre part. La perforation était tangente au pylore, ses bords nets limitaient une perte de substance un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes.

L'autopsie nous a démontré l'inutilité des deux interventions pratiquées sur la malade. Elles étaient néanmoins indiquées par les symptômes d'occlusion que nous avions constatés.

Mais cette observation nous démontre amplement que dans certains cas, la laparotomie exploratrice ne permet même pas d'éclairer le diagnostic d'une affection abdominale.

Observation IX. — Recueillie dans le service de M le Professeur Folet. — *Obstruction intestinale par étranglement interne (bride) ; coïncidence d'avortement à 2 mois 1/2 ; laparotomie ; mort ; autopsie.* — Une femme de 28 ans entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 1er décembre 1905, à 4 heures de l'après-midi, envoyée par M. le Docteur Vasseur, de Marcq-en-Barœul.

La malade est enceinte de 2 mois 1/2. Le dimanche 26 novembre, à 10 heures du soir, elle a commencé à souffrir du ventre. La douleur se calme par l'application sur le ventre d'une vessie de glace.

Au toucher vaginal, col légèrement recueilli dans les culs-de-sac. Palper abdominal normal. Le mardi 28 novembre, reprise des douleurs. Défense de la paroi, palper impossible. Au toucher vaginal, on trouve les culs-de-sac tendus. Constipation, pas de fièvre. Hémorragie abondante par le vagin. Caillots dans le col de l'utérus. Le Docteur Vasseur veut l'envoyer à l'hôpital Saint-Sauveur, la famille fait les démarches nécessaires.

Le jeudi 30 novembre, constipation persistante. Douleur abdominale généralisée, Défense énorme de la paroi. Ballonnement très accentué. Au toucher, plus rien dans les culs-de-sac. La percussion de

l'abdomen fait constater de la sonorité dans le flanc droit et de la matité dans l'hypogastre et dans le flanc gauche, pas de fièvre, hémorragie vaginale persistante.

1er Décembre. — Toutes les formalités administratives remplies, la malade arrive enfin à l'hôpital. Elle présente toujours les mêmes symptômes inquiétants. Pouls petit, 128 pulsations à la minute. Température 36°5, lèvres, dents et langue sèches.

Opération immédiate par MM. les Professeurs Folet et Oui, aidés par M. J. Minet, interne. Chloroforme à l'appareil de Ricard par M. P. Butruille, interne.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Les opérateurs constatent de nombreuses adhérences péritonéales. Le péritoine contient un liquide noirâtre, sanguinolent et d'une odeur de viande faisandée. Un doigt introduit dans la cavité abdominale ne sent pas de tumeur, mais des anses dilatées et adhérentes. Les organes génitaux internes sont lisses et sains. L'utérus est gros comme un utérus gravide de 2 ou 3 mois. Pas de caillots dans le péritoine. Deux gros drains sont placés dans la cavité péritonéale que l'on referme par une suture en masse au fil d'argent. Un anus iliaque est alors pratiqué dans le flanc gauche. On retrouve à ce niveau de nombreuses adhérences et le même liquide qu'au niveau de la plaie médiane. L'intestin ne vient pas faire saillie à l'orifice. Un doigt introduit dans la plaie ne peut attirer aucune anse du voisinage. Elles sont toutes adhérentes et se déchireraient à la moindre traction. On place encore un drain dans cette seconde plaie puis on referme. Pansement aseptique maintenu par un bandage de corps.

Le malade meurt le 2 décembre 1905, à 6 heures du matin.

L'autopsie est pratiquée par M. le Professeur Curtis. A l'ouverture de la plaie médiane, on trouve une poche noirâtre adhérente aux anses intestinales. On la prend d'abord pour une grossesse extra-utérine enkystée. Mais bientôt on constate que l'on a affaire à un amas d'anses grêlés sphacélées au-dessus desquelles se trouve une bride péritonéale tendue entre le cœcum et une anse grêle. L'appendice situé en position rétro-cœcale est sain.

La cause de l'obstruction était donc une hernie produite par le glissement de quelques anses d'iléon dans un anneau que formait avec le cœcum une bride qui ne serait autre que l'artère iléo-cœcale.

La laparotomie exploratrice n'avait rien pu nous révéler et même à l'autopsie une longue recherche fut nécessaire pour découvrir la lésion.

Cette malade pouvait difficilement échapper à la mort dans les circonstances tardives où elle fut opérée. Les symptômes utérins avaient d'abord compliqué singulièrement le diagnostic, puis, les lenteurs administratives avaient empêché son transport rapide à l'hôpital.

Mais cette observation nous montre aussi que le diagnostic de l'affection dont mourut notre malade ne peut être établi par la laparotomie et que les recherches de l'autopsie furent elles-mêmes longues et pénibles.

Observation X. — Due à l'obligeance de M. le docteur Vanverts. — *Occlusion par bride ; laparotomie ; mort.* — Il s'agit d'un jeune homme de 38 ans, garçon de magasin A 20 ans, hernie étranglée droite opérée à l'hôpital. A la suite de l'opération les vomissements fécaloïdes persistèrent et on dut le réopérer quelques jours après. Il y a trois ans, crise d'occlusion intestinale avec vomissements. Au bout de 3 jours, débâcle spontanée.

Le 26 Avril 1906, midi, fortes douleurs abdominales à droite, les vomissements apparaissent au bout d'un temps tres variable après absorption des aliments. Constipation absolue, pas de gaz.

Le Docteur Obers fait administrer de l'huile de ricin qui est vomie puis divers lavements sans résultat. Les jours suivants : état stationnaire. Pouls 84. Apyrexie.

30 Avril, vomissements cessent et ne reparaissent plus, pouls 96. Les douleurs abdominales sont toujours vives, la constipation persiste. pas de gaz, amaigrissement.

1er mai, cinquième jour, état stationnaire. Je vois la malade à 5 heures du soir. Ballonnement modéré. Rien à la palpation. Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Pas de hernie. Pouls bien frappé, Langue humide à peine blanchâtre.

Diagnostic. Occlusion intestinale aiguë.

Origine inconnue. Quel a été le rôle de l'étranglement intestinal antérieur?

Opération à 7 heures du soir, incision médiane sous-ombilicale, liquide aqueux limpide, peu abondant dans le péritoine. Une anse grêle libre très rouge, dilatée, présentant en certains points des craquelures transversales de la tunique séreuse, se présente entre les lèvres de l'incision. Les anses intestinales sont libres. Je trouve de suite à droite de l'anse dilatée une cloison qui part du péritoine pariétal antérieur à peu près sur la ligne médiane. Elle se dirige directement d'avant en arrière et se termine sur une anse grêle profonde dont la coloration est normale et qui n'est pas dilatée. Cette bride est triangulaire à base antérieure (4 cent.) et à sommet postérieur. Ses deux bords, supérieur et inférieur, sont libres.

Bien que j'opérais avec l'idée bien arrêtée de limiter mes manœuvres au strict nécessaire, et de faire probablement un anus contre nature, je me laisse tenter par la simplicité apparente de la section de cette bride. En écartant et attirant précédemment au dehors l'anse dilatée et rouge pour découvrir la bride, je produis une rupture de cette anse, et un flot de liquide jaune et fétide est expulsé en grande partie au dehors, une pince aveuglant la brèche, je sectionne la bride, au niveau de son point d'implantation supérieur. Malgré cette section, les gaz ne passent pas dans les anses vides. Je sectionne deux autres brides plus minces réunissant les anses grêles. Ne voulant pas prolonger l'intervention, je lave rapidement le ventre, et j'extériorise l'anse rompue. Fermeture de la paroi abdominale en un plan. Injections d'éther et de sérum, le malade se réveille rapidement. Le pouls monte

rapidement à 120, sérum à 10 heures soir. Mort à six heures du matin le lendemain.

Il est à remarquer d'abord que l'occlusion datait déjà de cinq jours quand on pratiqua l'opération.

Le ballonnement abdominal semblait modéré et l'état général paraissait assez bon. Cependant l'anse intestinale qui se présenta à l'incision portait déjà des signes de distension extrême et céda à de très légères manipulations, et le malade mourut de péritonite à cause de cette rupture qu'il aurait été difficile d'éviter au cours de la cure radicale de l'occlusion.

Une entérostomie aurait fait cesser cette distension extrême en évacuant le contenu intestinal.

Les manipulations intestinales ont amené la rupture de l'intestin qui a causé la mort du malade. L'entérostomie permettait d'espérer une terminaison plus satisfaisante.

Observation XI. — Due à l'obligeance de M. le Docteur Vanverts. — *Occlusion intestinale par spasme intestinal dans le cours d'une entéro-colite (?) entérostomie ; guérison avec persistance d'anus artificiel.*

Madame B.. 72 ans, mère du Docteur B... Bonne santé antérieure, plusieurs enfants. Très nerveuse. Depuis longtemps mauvaise dentition, ce qui ne l'empêchait pas de s'alimenter comme tout le monde. Les digestions étaient souvent difficiles.

En octobre 1905. Chute dans un escalier. Depuis cette époque, phénomènes de constipation et d'entéro-colite avec fausses membranes et glaires dans les selles, jamais de diarrhée. Régime des entéro-colites.

Fin décembre 1905. Crise d'occlusion intestinale qui cède à l'administration d'un lavement électrique.

Les 23 et 24 février 1906, selles insignifiantes.

Le 24 et le 25, quelques vomissements se produisent après l'ingestion des aliments, même des liquides, seule l'eau pouvait être absorbée par la malade qui ne réussissait pas toujours à ne pas la vomir.

Le 26 février expulsion de scybales arrondies à la suite d'un injection de morphine. Constipation absolue le 27 et le 28. Des gaz continuent à être émis par l'anus. Une ou deux petites scybales teintées de sang le 1er et le 2 mars.

Les vomissements reparaissent, ils ne sont pas fécaloïdes. Les vomissements cessent après un lavage d'estomac, on maintient cependant la diète hydrique. On a essayé en vain des purgatifs divers, des lavements aqueux huileux et électriques. Le médecin a remarqué que l'introduction de la sonde dans le rectum déterminait un spasme rectal, on avait beaucoup de difficultés à introduire par la sonde de l'eau que le rectum ne pouvait garder ; aussi, pour administrer le lavement électrique, était-on obligé d'établir un courant d'eau continu.

Un peu d'affaiblissement, amaigrissement notable. Cet amaigrissement a commencé depuis plusieurs mois. Il est surtout marqué depuis quelques jours. Pas de fièvre. Peu de douleurs abdominales.

Je suis appelé à voir la malade le 2 Février 1906 avec le professeur Lemoine. Nous trouvons une femme amaigrie, mais semblant encore assez résistante. Le pouls est bon, mais on compte 110 ou 120 pulsations à la minute. Le ballonnement abdominal est peu prononcé, n'occupant ni flancs ni épigastre. On constate des contractions intestinales fréquentes. Rien au palper, le toucher rectal est négatif.

Diagnostic : crise d'occlusion à peu près complète dans le cours d'une occlusion chronique incomplète.

Cause : inconnue, mais le spasme joue un rôle important.

Le spasme est-il dû à de la colite comme le soutient le fils de la malade, ou bien est-il dû à un néoplasme comme nous tendons à le croire ??? Le siège de l'obstacle est évidemment le début du gros intestin.

Rien ne pressait, nous décidons d'attendre pour intervenir et nous supprimons tous les excitants que nous remplaçons par des calmants : Morphine, bains chauds, cataplasmes chauds sur le ventre. La constipation devient absolue. Les urines sont d'une couleur acajou et la réaction de Gmelin nous y révèle la présence de pigments biliaires. Cependant pas de subictères. L'état restant stationnaire on décide d'opérer.

5 Février. — Opération ; Chloroformisation prudente et bien supportée. Incision dans la fosse iliaque droite ; incision des muscles dans la direction des fibres. J'arrive sur ce que je crois être le péritoine, j'incise. Je ne me trouve pas dans une cavité. Cependant c'est bien le péritoine que j'ai sectionné puisque je trouve l'intestin (très rouge). Cet intestin adhère partout, sauf en bas et en dedans où le doigt peut pénétrer dans la cavité péritonéale libre. L'anse que j'ai sous les yeux doit être le début du côlon que l'on reconnaît à ses bandes. En refoulant l'intestin, aucun obstacle ne semble siéger au voisinage de l'incision. Par prudence, je ne prolonge pas les recherches digitales. Suture de l'intestin aux lèvres de l'incision péritonéale et musculaire par des points a la soie imbriqués en U. L'opération étant faite à une certaine distance de Lille, je pratique de suite l'incision intestinale sur une longueur de deux à trois centimètres. Expulsion d'une quantité considérable de matières fécales blanc-jaunâtres bien liées.

Fixation des lèvres de l'intestin à la peau par des griffes de Michel. La malade se réveille rapidement, on lui fait chaque jour une injection de 500 gr. de sérum artificiel jusqu'au 9 février, époque à laquelle les urines reprennent leur coloration normale. Cathétérisme nécessaire jusqu'au 12 février. L'état général se remonte rapidement, la malade boit et mange sans nausées. Nous lui prescrivons du salicylate de soude, pendant quelques jours, pour désinfecter ses voies biliaires.

14 mars. Emission de gaz par l'anus. A partir du 20 mars, des selles dures se produisent par l'anus d'une façon irrégulière. Quand les selles sont rares ou nulles par l'anus, les matières expulsées par la fistule iliaque sont abondantes et réciproquement. On sent de temps en temps dans la fosse iliaque gauche un cordon dur qui correspond à l'S iliaque contracturée. L'état général est parfait, la malade se lève.

Le 20 mai 1906, le médecin nous envoie des nouvelles de sa mère. Santé parfaite, la malade grossit, fait son ménage, sort un peu, ne souffre pas du tout et se déclare très satisfaite. Les selles par l'anus sont rares et dures (petits morceaux). Les selles par la fistule iliaque sont souvent glaireuses. On continue à sentir l'S iliaque sous la forme d'un cordon dans le flanc gauche. Aucune induration perceptible au toucher. L'appareil de Collin adapté à la fistule iliaque fonctionne bien.

Nous faisons toutes les réserves que comporte cette observation puisqu'il s'agit d'une malade âgée et que l'intervention est trop récente pour que nous puissions écarter avec certitude l'idée de cancer. Cependant, nous croyons bien avoir affaire à un rétrécissement cicatriciel ou à un spasme du côlon consécutif à une entéro-colite.

Qu'aurait pu faire la laparotomie dans ce cas-là ? Elle aurait montré une lésion incurable si les adhérences intestinales ne s'y étaient pas opposées Il aurait fallu se résoudre à l'établissement d'une fistule iliaque en faisant subir à la patiente une intervention très probablement mortelle.

L'entérostomie d'emblée l'a tirée d'affaire et malgré son infirmité, la malade se déclare satisfaite.

Observation XII. — Due à l'obligeance de M. le Docteur Vanverts. — *Rétrécissement circulaire de l'intestin grêle de nature inconnue. Crise d'occlusion intestinale ; laparotomie ; entéro-anastomose ; mort.* — Mme D..., 29 ans. Deux accidents, le dernier il y a cinq semaines (hydramnios) ; suites normales. Constipations et douleurs abdominales depuis un temps qu'il n'a pas été possible de fixer. Cette constipation a augmenté pendant la grossesse. Le 16 avril 1906, la malade commence à vomir. Depuis lors, absence d'évacuation de gaz par l'anus. Constipation absolue malgré des lavements purgatifs et à l'eau de seltz.

Le 17, vomissements fécaloïdes abondants et fréquents. Tout ce qui est absorbé depuis le 16 avril est rejeté parfois deux heures après l'absorption. Les vomissements se produisent aussi spontanément, sans absorption de liquide

Le 19 avril les vomissements cessent, mais pas de selle ni d'émission de gaz.

Le 20 avril, les vomissements reparaissent, mais seulement après absorption de liquide. Le ballonnement abdominal n'est pas très accusé. Apyrexie. Le pouls commence à s'accélérer, grande faiblesse. Intelligence conservée.

Le 20 avril, le Professeur Lemoine voit la malade et fait le diagnostic d'occlusion intestinale de cause inconnue, et conclut à la nécessité de l'intervention, avis que je partagé le lendemain à mon arrivée. Pouls rapide, état général mauvais, ballonnement abdominal moyen.

Le 21 avril, opération, chloroforme mal supporté. La malade se réveille à plusieurs reprises, fait des efforts, ce qui complique et allonge l'intervention. Laparotomie médiane, les anses grêles sont distendues, très rouges, mais libres. Plus haut, l'épiploon est sain et le côlon transverse vide et étroit, de coloration normale. Je dévide l'intestin grêle en rentrant à mesure les anses examinées J'arrive en un point où il existe un rétrécissement circulaire, au delà duquel le tube digestif est vide. En amont du rétrécissement, une anse intestinale adhère à l'anse rétrécie, cette adhérence est facilement rompue.

Le rétrécissement n'est pas dû à un étranglement par agent extérieur. Il se présente extérieurement sous la forme d'un sillon circulaire L'anse intestinale en amont de l'obstacle est très rouge, violacée, et le mésentère en cet endroit est rouge et ecchymotique. Bien que le rétrécissement ne semble pas effacer complètement la lumière intestinale, les gaz ne le traversent pas. Je me décide à le réséquer

Résection du rétrécissement et de la portion adjacente de l'anse, suture en bourse, à deux plans, à la soie sur les deux bouts d'intestin, surjet au catgut sur la brèche mésentérique. Anastomose latéro-latérale des deux points d'intestin à surjet postérieur séro-séreux et surjet profond total. En avant je ne puis placer un séro-séreux en raison de la friabilité des parois. Je dois me contenter de points séparés.

Les anses sont réduites. Drain et mèches de gaz dans la région des sutures. Je rabats le tablier épiploïque et je suture la paroi abdominale en deux plans. Pendant l'opération, vomissements fécaloïdes abondants et fréquents. Durée : 2 heures. A la fin, pouls : 140, petit. Injection de caféine et d'huile camphrée. Sérum, 300 gr.

6 heures du soir, la malade est agitée, pouls 140, faciès mauvais. Extrémités froides, pas de vomissements depuis l'opération ni d'émission de gaz.

Mort, le 22, à quatre heures du matin L'autopsie a pu être pratiquée, nous n'avons aucune donnée sur la nature de la lésion, la « pièce » a été égarée.

N'aurait-il pas mieux valu chez cette malade dont l'occlusion durait depuis quatre jours au moins, faire une entérostomie d'emblée qui aurait duré cinq minutes et aurait évité l'anesthésie générale si mal supportée.

Observation XIII. — Recueillie dans le service de M. le Docteur Butruille à l'Hôtel-Dieu de Roubaix. — *Occlusion de cause inconnue ; incision iliaque en vue d'une entérostomie ; section de la bride rencontrée par le doigt explorateur ; guérison,* — J.-B. P..., 25 ans. Entre à l'hôpital parce qu'il ne va plus à la selle depuis deux jours. Il n'a plus émis aucun gaz par l'anus depuis ce temps. Il vomit continuellement, et ces symptômes ont été précédés d'une douleur brusque et violente dans le flanc droit. Le ventre est ballonné, Le pouls très rapide, la température en-dessous de la normale.

Le docteur Butruille l'opère immédiatement. Anesthésie au chloroforme. Guidé par le siège de la dou-

leur, il incise dans le flanc droit avec l'intention bien arrêtée d'y faire une entérostomie, s'il ne trouve pas l'obstacle aux environs de l'incision.

Le doigt introduit dans l'ouverture péritonéale rencontre de suite une bride tendue. Cela ne pouvait être que la cause cherchée de l'étranglement. L'opérateur en écartant les anses voisines put saisir la bride et la sectionner entre deux ligatures.

La paroi fut refermée complètement et recouverte d'un pansement antiseptique. Le chloroforme a été bien supporté. Les suites opératoires furent excellentes, et le malade sortait guéri vingt jours plus tard. Nous l'avons revu récemment, il se porte à merveille.

Il est bien certain que c'est là un cas exceptionnel. Il est rare que l'on ait la chance de tomber ainsi sur l'obstacle. Cependant quand la douleur s'est produite en un point bien précis, on a souvent intérêt à commencer les démarches de ce côté. L'observation qui précède en est un exemple encourageant.

Observation XIV. — Hôpital de Roubaix. Service de M. le Docteur Buthuille. — *Occlusion de cause inconnue ; laparotomie ; mort.* — Un homme d'une cinquantaine d'années se présente à l'hôpital de Roubaix. Il se plaint d'une douleur généralisée à tout l'abdomen. N'a plus été à la selle ni évacué aucun gaz depuis quatre jours Il dit avoir vomi depuis trois jours. Début brusque par douleur forte, mais sans localisation spéciale. Etat général bon Le ventre est sonore partout, mais ne paraît pas distendu. Peu de défense de la paroi. On lui place à onze heures du matin une vessie de glace sur le ventre. Les anneaux inguinaux sont libres. Le malade est porteur d'une hernie inguinale droite qui n'est plus sortie depuis quelque temps déjà.

4 heures soir. — Laparotomie médiane, grande incision. Les anses intestinales sortent très dilatées. On les enveloppe d'une grande compresse aseptique et on cherche l'obstacle. Toutes les anses grêles que l'on rencontre sont dilatées. Le côlon transverse découvert avec peine dans l'épiploon est rétracté. Nous suivons ce côlon transverse en remontant vers le cœcum qui est vide aussi. Il en est de même de l'extrémité de l'iléon.

En suivant toujours l'intestin du bout des doigts, on arrive à sentir dans la fosse iliaque droite, un orifice dans lequel il s'engage. On extrait sans difficulté une anse grêle qui ne présente pas de sphacèle ni de signe externe d étranglement. On écarte les anses intestinales pour regarder l'orifice senti par les doigts. Il a la dimension d'une pièce de deux francs. Le doigt qui s'y est introduit s'arrête dans un cul-de-sac profond d'environ quatre centimètres. Le fond de ce cul-de-sac est situé un peu au dessus et en dehors de l'orifice interne du canal inguinal droit. Nous avions donc affaire à une hernie interne interstitielle constituée par l'invagination d'une anse intestinale dans ce cul-de-sac péritonéal.

Les bords de l'orifice saisis dans deux pinces sont suturés par un surjet de catgut. Les anses intestinales sont rentrées dans l'abdomen assez difficilement à l'aide d'une grande compresse. La paroi est suturée en masse au fil de bronze d'aluminium. La compresse est retirée au fur et à mesure.

Le malade dont le pouls est devenu très faible reçoit à ce moment une injection de 400 gr. de sérum artificiel sous le sein gauche. Pansements aseptiques de la plaie abdominale maintenue par un bandage de flanelle. Le malade est remis dans son lit préalablement chauffé. Une vessie de glace est placé sur le ventre.

L'opération a duré une heure un quart Le malade meurt une heure après. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Cette opération fut assez pénible, surtout lorsqu'il fallut rentrer la masse intestinale. Aucune trace de péritonite ni de sphacèle intestinal ne fut constatée. En somme le ballonnement des anses grêles nécessita de nombreuses manipulations qui prolongèrent l'opération et produisirent le shock péritonéal décrit par Tixier.

Etant donnés l'intégrité de l'intestin et le facile dégagement de l'anse faiblement serrée dans son anneau, on doit se demander si une fistule iliaque pratiquée sur une anse dilatée n'eut pas été suffisante dans ce cas particulier. Elle eut fait cesser la distension de l'intestin qui se serait dégagé spontanément.

La laparotomie secondaire n'aurait même pas été nécessaire pour amener une guérison complète.

Observation XV. — Recueillie dans le service de M. le Docteur Derville à l'hôpital de Roubaix. — *Guérison de nature inconnue ; entérostomie ; guérison avec persistance de la fistule.* — Marie .... 55 ans, ménagère, entre à l'hôpital le 17 mars 1906 avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Rien à signaler dans ses antécédents. Pas de hernie. Pas de coloration jaune des téguments. Habituellement constipée, depuis très longtemps elle n'allait à la garde robe que tous les deux jours environ. Dernière selle le jeudi 15 mars.

Dans la journée du samedi 17 mars, douleur brusque au creux de l'estomac suivie de vomissements fréquents, vomissements bilieux. A ce moment, le ballonnement du ventre n'est pas exagéré. L'état général est assez bon, le pouls est assez rapide : 100 pulsations à la minute. Une vessie de glace est placée sur le ventre, la douleur se calme.

Le lendemain 18 mars, un lavement évacue quelques matières fécales peu abondantes. Diète hydrique.

Le 19 mars, noix vomique sans résultat. L'état général ne s'est pas aggravé, la douleur n'augmente pas. Pas de selle. Le 20 mars, lavement électrique sans résultat. On recommence le lavement électrique le mardi 21 mars. La douleur persiste, le ballonnement n'augmente pas.

Le samedi 24 mars, l'absence persistante des selles décide l'intervention. Un anus artificiel est pratiqué dans la fosse iliaque droite sur la portion terminale de l'intestin grêle. Evacution abondante de matières liquides. L'évacuation continue les jours suivants, la douleur a cessé après l'opération. Les jours suivants alimentation liquide, lait, œufs, bouillon. L'appétit revient un peu.

Le vendredi 30 mars, l'état général est relativement bon, la langue est belle, la douleur abdominale a disparu. Les matières sont évacuées en assez grande quantité par l'anus iliaque. La malade mange avec goût du bouillon, des œufs, du lait. La malade sort de l'hôpital trois semaines après l'opération ; sa santé continue à s'améliorer.

Le 29 juin nous revoyons la malade qui va toujours à la selle par sa fistule iliaque. Elle ne se plaint pas de son sort.

L'allure subaiguë de cette occlusion excuse en partie l'intervention tardive. Il s'agit probablement, à cause de l'âge de la malade, d'une occlusion subaiguë au cours de l'évolution d'une tumeur intestinale méconnue jusqu'aujourd'hui. Et dans ce cas particulier, il est certain que l'intervention pratiquée est le traitement de choix admis par tous. C'est un traitement palliatif qui marque souvent un temps d'arrêt dans l'extension du cancer.

Observation XVI. — Due à l'obligeance de M. le Docteur Delassus. — *Obstruction intestinale ; anus artificiel.* — Mme L... d'Av..., âgée de 49 ans, présente depuis une huitaine une obstruction intestinale complète pour laquelle son médecin, M. Desprez, de Pont-à-Marcq, après avoir employé les moyens classiques, a fait appeler le Professeur Bedart, de Lille, qui a eu recours, plusieurs séances de suite, aux lavements électriques. La circulation des matières ne s'est pas rétablie. La famille mise au courant d'une intervention chirurgicale me prie d'aller voir la malade (octobre 1904). Je la trouve en bon état, le ventre est ballonné, peu douloureux, modérément tendu. Il ne s'est produit ni selle ni gaz depuis le début des accidents. Le faciès est bon, le pouls excellent aux environs de 80. L'âge de la malade me fait penser à un néoplasme de l'intestin.

Le problème se posait. Fallait-il faire une laparotomie et chercher à réséquer la partie de l'intestin avec la tumeur, ou fallait-il simplement courir au plus pressé et assurer la sortie des matières fécales ? Fallait-il faire une opération palliative avec l'avantage de sa simplicité et son innocuité, mais avec l'inconvénient de créer une infirmité et de laisser la cause en place, ou fallait-il débarrasser la malade de sa tumeur, avantage appréciable, mais avec la contre-partie des risques sérieux à courir.

La famille dûment informée de cette alternative, préféra l'opération la plus simple. Au fond c'était bien mon avis et celui du médecin traitant. Inutile de dire que l'opération fut des plus faciles, que l'anus artificiel, qui ne fut ouvert que le second jour, au thermo, fonctionna admirablement.

Après quelques semaines, des selles normales se produisirent par les voies naturelles, la quantité de liquide sortant par l'anus artificiel, si elle incommode la sujette, ne représente pourtant qu'une faible partie des matières. Parfaitement soigné, l'anus ne provoque aucune rougeur aucune irritation. Par ailleurs, l'état général reste bon. Durant cette période, il ne fut pas possible de déceler le néoplasme que nous soupçonnions dans l'abdomen. Après quelques mois d'attente sur les instances de la malade, je me décidai à fermer l'anus artificiel.

Toutes les dispositions préparatoires étaient prises, quand, la veille du jour fixé, madame L.... fut brusquement reprise de douleur dans le ventre. Les matières ne passaient plus par l'anus naturel. Il fallut donc surseoir à toute opération pour le moment. La crise ne dura que quelques jours, mais la malade effrayée par la possibilité du retour de pareils accidents alors qu'elle n'aurait plus la soupape de sûreté que je lui avais créée, refusa d'avance toute opération.

D'ailleurs, vers le mois d'août 1905, il était visible qu'un mal intérieur la minait. Elle se mit à souffrir du foie, à pâlir. Puis, la palpation fit constater une face antérieure du foie bosselée, descendant jusque vers l'ombilic. La cachexie survint et la malade mourut en novembre 1905, soit treize mois après l'opération de l'entérostomie.

Cette observation contient plusieurs points intéressants. C'est d'abord le bon état général de la malade après huit jours d'occlusion complète. L'âge, seul, de la malade faisait penser à la possibilité d'une tumeur intestinale, et c'était bien là, semble-t-il, la seule contre-indication à la laparotomie avec cure radicale.

Car c'est précisément chez les cancéreux que l'on constate parfois la « stercorémie latente » signalée par Terrier.

Nous constatons aussi le rétablissement rapide de circulation des matières fécales par les voies naturelles.

L'anus iliaque a été bien toléré par la malade, grâce aux soins de propreté qui lui ont été prodigués ; et lors de la seconde occlusion, la malade préféra garder son infirmité dont elle venait de constater l'utilité, plutôt que de s'exposer à une intervention quelconque.

Peut-être cependant, si la malade avait bien voulu y consentir, aurait-on pu pratiquer une laparotomie dès le rétablissement du cours des matières pour tenter la résection de la tumeur soupçonnée, ou établir une entéro-anastomose si cette tumeur était inenlevable. La fistule se serait sans doute refermée, mais la malade n'aurait probablement pas bénéficié d'une survie beaucoup plus longue.

De toutes ces observations se dégage cette idée que dans presque tous les cas d'occlusion intestinale on perd un temps précieux à essayer de nombreux traitements médicaux, alors que depuis longtemps, chacun devrait savoir que le succès dépend toujours d'une intervention précoce.

Nous aurions pu certainement recueilir beaucoup plus d'observations ! des laparotomies nombreuses suivies de guérison, des entérostomies qui n'auraient pas empêché la malade de mourir ou d'occlusion, ou quelquefois d'affection intercurrente.

Mais ce n'était pas une statistique que nous nous proposions de faire. Nous désirions simplement citer des exemples à l'appui de la théorie que nous soutenions.

Parmi nos observations, les unes montrent qu'il n'est pas téméraire d'espérer une guérison complète par l'entérostomie d'emblée. Les autres qu'il est quelquefois très difficile sinon impossible de trouver la cause de l'occlusion.

D'autres, enfin, permettent de constater le peu de résistance de certains malades dont l'état général semble encore assez satisfaisant et qui cependant ne peuvent survivre au shock péritonéal qu'entraîne forcément la laparotomie compliquée de recherches très difficiles.

CONCLUSION

I. — Pour instituer un traitement efficace de l'occlusion intestinale aiguë, il faut avant tout faire le diagnostic précoce de l'affection.

II. Une fois le diagnostic posé, on doit éviter de perdre un temps précieux à essayer de nombreux traitements médicaux souvent inutiles. L'intervention chirurgicale doit être immédiate. C'est la condition principale du succès.

III. — Quand le médecin est appelé dans les vingt-quatre heures ou au plus tard le lendemain, la laparotomie est évidemment l'intervention de choix, à la condition qu'elle soit rapidement exécutée par un chirurgien expérimenté.

IV. — Trop souvent, le chirurgien n'est appelé à intervenir que le troisième jour et même plus tard. Et alors, souvent elle est latente, la stercorémie a eu le temps de s'installer. L'intestin est distendu, le malade est profondément intoxiqué, il supportera difficilement une anesthésie générale et ne pourra pas résister au shock péritonéal que produirait sûrement une laparotomie avec recherche de l'obstacle quelquefois introuvable.

V. — Nous sommes donc d'avis qu'en présence d'une occlusion intestinale aiguë datant de trois jours et davantage chez un malade intoxiqué et qui présente un ballonnement considérable, le médecin appelé à voir le malade devra pratiquer le plus vite possible une entérostomie.

VI. — Cette opération est de celles que tout praticien doit savoir faire. Elle est simple et facile, n'exige pas un outillage très compliqué et ne nécessite que l'anesthésie locale. Rien n'empêche d'ailleurs une exploration digitale rapide aux environs de l'incision iliaque.

VII. — Le chirurgien de profession sera souvent tenté, dans ces cas, de faire quand même la laparotomie, peut-être devrait-il résister plus souvent à la tentation et dans l'intérêt du malade se résigner à une intervention moins brillante sans doute, mais plus souvent profitable à l'opéré.

NOUVELLES & INFORMATIONS

— Par décision ministérielle du 27 septembre 1906, M. le médecin aide-major de 1re classe BAILLIART est nommé au 73e d'infanterie à Béthune.

— Admis à l'école du service de santé militaire en 1906, doivent accomplir un an de service avant leur entrée à cette école : M. BÉNARD au 15e d'artillerie à Douai, M. ACCOLAS au 19e chasseurs à cheval à Lille.

N° 511. Dixième Année. N° 43. Le Numéro : 10 centimes 28 Octobre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Pseudo-cancer inflammatoire du côlon transverse (1)

Par le Dr **Lambret,** Professeur agrégé

Il est certain que le titre de cette observation ne présente pas toute la précision désirable ; j'ai dû l'employer faute de mieux parce que nous ne possédons pas de terme plus exact pour désigner ces tumeurs bizarres qui ont, cliniquement, toutes les apparences de la malignité, mais n'en sont pas moins susceptibles de disparaître complètement à la faveur d'une intervention palliative ou d'une ablation incomplète.

(1) Communication au *Congrès de Chirurgie,* 2 octobre 1906.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de 40 ans, dans les antécédents duquel on ne relève ni tuberculose ni syphilis ; c'était toutefois un constipé habituel. Trois mois environ avant mon intervention qui date du mois de février, il s'aperçut qu'il se fatiguait très facilement, ses forces paraissaient l'abandonner ; en même temps, il commençait à maigrir et à pâlir ; il avait en outre de fréquentes coliques avec borborygmes et était presque toujours gêné par du ballonnement intestinal.

Mon confrère le Dr TOFFART, de Frelinghien, me l'adressa alors en me prévenant qu'il s'agissait d'un cancer de l'intestin assez avancé. Je vis en effet entrer dans mon cabinet un malade très amaigri, et surtout très pâle, même presque jaune paille et donnant nettement l'impression d'un *précachectique ;* dès ses premiers mots, je perçus cette odeur fétide particulière qui caractérise les obstacles intestinaux. Il me rappela son histoire clinique faite des symptômes esquissés plus haut, mais plus prononcés maintenant, histoire clinique dont le fait saillant était en somme la rapidité de l'évolution, puisque l'affection n'avait guère mis que trois mois pour amener le malade au degré d'épuisement que je constatais. A l'examen, il me fut facile de trouver dans la région sus-ombilicale et sur la ligne médiane, une tumeur volumineuse, du volume du poing, vaguement mobile dans la profondeur et que je localisai sur le côlon transverse.

Dans la fosse iliaque droite, au niveau du cœcum, il existait une autre tumeur beaucoup plus petite et

franchement mobile. Ces deux tumeurs étaient dures, non douloureuses, toutefois les tentatives de mobilisation de la sus-ombilicale provoquaient des contractions des muscles droits qui gênaient la palpation.

Tous ces symptômes ne permettaient pas d'hésiter sur l'origine néoplasique de ces tumeurs. Le cancer double de l'intestin est évidemment très rare, mais son existence a néanmoins été signalée et s'explique d'ailleurs, soit par propagation à distance, soit par greffe directe. En conséquence, je proposai de faire une laparotomie exploratrice qui devait me fixer sur le degré de mobilité et sur les connexions de la tumeur sus-ombilicale. Sur la tumeur cœcale, il n'y avait pas le moindre doute. Les constatations faites au cours de cette laparotomie permettraient de se décider ou pour une ablation radicale ou pour une intervention palliative, l'entéroanastomose.

Laparotomie avec l'aide des docteurs Chocquet et Toffart. Incision médiane partant de l'appendice xyphoïde et descendant quelques centimètres plus bas que l'ombilic. Je découvris ainsi une tumeur plus volumineuse encore que l'examen clinique le faisait supposer ; bosselée et très irrégulière, elle infiltrait le côlon transverse très hypertrophié et très dur ; elle infiltrait également l'épiploon, une anse d'intestin grêle était adhérente à gauche, et tout cela avait vilaine apparence, et était couvert de bourgeons grisâtres de mauvais aspect : j'essayai d'attirer cette masse et de voir s'il était possible de l'extérioriser, je n'y parvins pas ; par contre, cette manœuvre amena deux ou trois petites déchirures par où s'écoula en abondance du sang noir. Il était inutile d'insister davantage, nous avions affaire à un néoplasme et à un néoplasme inopérable.

Dans ces conditions, il n'y avait plus à s'occuper de la tumeur cœcale et je décidai d'anastomoser immédiatement la terminaison de l'iléon avec l'S iliaque. Je fermai donc provisoirement l'incision sus-ombilicale que j'agrandis ensuite vers le bas en me rapprochant du pubis. L'S iliaque et l'iléon étant reconnus et extériorisés sur un lit de compresse, l'iléon étant placé de façon à ce que le péristaltisme intestinal ne soit pas contrarié, je pratiquai l'iléosigmoïdostomie que je fis suivre de l'exclusion de l'intestin. J'obtiens l'exclusion intestinale unilatérale au moyen d'une petite manœuvre qui rend cette partie de l'intervention très rapide et inoffensive ; la voici en quelques mots car elle est peu connue : je fais à quelques centimètres plus bas que l'iléosigmoïdostomie, une ligature circulaire sur l'intestin grêle. Cette ligature faite avec une soie plate de fort calibre, doit être mollement serrée de façon à ne pas sectionner l'intestin au fond du sillon circulaire qu'elle détermine ; elle établit une cloison transversale qu'on rend définitive en faisant un surjet séro-séreux circulaire qui enfouit définitivement la ligature et ainsi, on réalise à peu de frais l'exclusion unilatérale du segment intestinal sous-jacent. Le procédé est rapide, puisqu'une simple ligature transversale et un surjet séro-séreux suffisent ; il est sans danger, car au contraire des autres, il n'ouvre pas l'intestin et demeure strictement aseptique.

Les suites de cette intervention furent assez simples ; il y eut dans les premiers jours des selles fréquentes et liquides, ce qui est la règle après l'iléosigmoïdostomie, puis tout rentra à peu près dans l'ordre.

Jusqu'ici cette observation est assez banale et ne mériterait peut-être pas d'être rapportée, mais voici où elle devient intéressante : après l'opération, la diminution des tumeurs abdominales se fit avec une telle rapidité, que trois semaines après, elles avaient totalement disparu. On juge de mon étonnement quand mon confrère Toffart m'annonça cette nouvelle qui me laissa presque sceptique ; mais à quelque temps de là, j'eus l'occasion de retourner dans le pays et après examen de l'opéré, je fus bien forcé de me rendre à l'évidence : de son affection antérieure, il ne restait plus d'autre trace que la longue cicatrice qui court du haut en bas de son abdomen. Il a repris depuis ses occupations et reste bien guéri.

Il y a une lacune dans cette observation, il manque un examen histologique. Mais il est certain qu'il ne s'agissait pas de cancer ; la rapidité avec laquelle ont fondu — c'est le mot — deux tumeurs qu'on ne peut certes qualifier de fantômes, le relèvement définitif de l'état général, la persistance de la guérison, le prouvent jusqu'à l'évidence. Pour les mêmes raisons, nous pouvons rejeter également le diagnostic de tuberculose hypertrophique ; il faudrait admettre qu'il serait possible de rencontrer au niveau de l'intestin cette tuberculose inflammatoire aiguë que M. Poncet a décrite au niveau des articulations et dont l'existence n'est rien moins que démontrée ; d'autre part, si on a vu guérir à la suite d'une anastomose ou d'une exclusion certains cas de tuberculose hypertrophique de la région iléo-cœcale, jamais cette guérison ne s'est faite avec une pareille vélocité ni une aussi remarquable intégralité.

On arrive donc par élimination, à considérer nos tumeurs comme étant de nature inflammatoire, l'explication n'est d'ailleurs pas très satisfaisante pour l'esprit, et n'est pas conforme aux manifestations habituelles de l'inflammation. Il faut admettre que la production de ces tumeurs est due à un processus anormal qui leur permet de se développer insidieusement, sans douleurs, sans fièvre ou tout au moins sans fièvre suffisante pour attirer l'attention. Ces faits sont d'une interprétation difficile et leur mécanisme physiologique nous échappe. Dans notre cas actuel, peut-être serait-il possible d'émettre l'hypothèse suivante : à l'origine, il y aurait une ou plusieurs ulcérations intestinales, ulcérations de

nature banale comme on en rencontre chez les constipés avec entérite, ces ulcérations auraient été le point de départ de cette infiltration du côlon, de cette intense péricolite — (un peu analogue à la périsigmoïdite récemment décrite par M. POTHERAT à la Société de Chirurgie) — ; de même certains ulcères d'estomac arrivent à en imposer pour des tumeurs à cause de l'induration de la paroi stomacale et de la périgastrite qu'ils occasionnent. Je donne l'explication pour ce qu'elle vaut ; je n'en suis d'ailleurs pas très satisfait, j'ai eu l'occasion de voir deux cas de ce genre d'ulcère d'estomac et leur analogie avec le précédent me parait assez vague.

Quoi qu'il en soit, l'existence de ces tumeurs n'est pas douteuse; elles ont été rencontrées en divers points de l'abdomen; en particulier, il y a deux ans, à la Société de chirurgie, plusieurs observations ont été rapportées, dont les auteurs, intervenant pour une lithiase biliaire, avaient dû faire une opération incomplète parce que, macroscopiquement du moins, ils s'étaient trouvés en face d'un cancer. Or, leurs malades avaient parfaitement et définitivement guéri. J'ai moi-même opéré, il y a six ans, un cas de ce genre avec mes confrères CASTELAIN et WIGNIOLLE, de Douai. La malade vit encore. Il est donc certain qu'il y a, en pathologie, un chapitre à écrire sur ces tumeurs inflammatoires; il est nécessaire que nous soyions fixés sur leur étiologie, le mécanisme de leur production, leur avenir si on les abandonne à elles-mêmes. Dans son livre, paru il y a quelques jours, sur la chirurgie de l'intestin, M. HARTMANN en a tracé une légère ébauche, mais trop incomplète encore.

La réunion et l'étude d'observations plus nombreuses nous donnera mieux dans l'avenir.

A propos d'un enfant atteint de tumeur blanche fistulisée tibio-tarsienne guéri par la méthode de Bier

par les docteurs **H. Gaudier**, professeur agrégé, et **Debeyre**.

Mon chef de clinique DEBEYRE et moi avons présenté, le vendredi 12 octobre 1906, à la *Société centrale de Médecine du Nord*, un enfant guéri de tumeur blanche tibio-tarsienne par la méthode de BIER en huit mois environ. Le résultat en fut fort remarqué par les membres de la Société présents à la séance, car il était typique : guérison avec tous les mouvements, sans autre traitement quelconque.

Je désire revenir sur cette présentation car il s'agit d'un sujet à l'ordre du jour, la méthode de BIER étant à l'heure actuelle très décriée par les uns, très vantée au contraire par les autres. Depuis plus d'un an j'ai eu l'occasion d'appliquer cette méthode à de nombreux enfants de mon service de Clinique chirurgicale infantile, mais auparavant j'avais appris à bien en connaître la technique et les indications dans de nombreux hôpitaux étrangers, tant à Berne, qu'à Zurich, et qu'à Bruxelles. De plus j'avais eu la bonne fortune d'avoir vu BIER à la réunion de la Société internationale de chirurgie en 1905, appliquer ses procédés, et présenter avec toutes les pièces à l'appui de nombreux malades guéris par ses soins. Mon chef de clinique avait passé huit jours dans le service de BIER à Bonn, pour s'initier à la méthode ; nous pouvions donc l'employer, car nous en connaissions parfaitement le manuel opératoire. Cette entrée en matière me paraît absolument indispensable, car beaucoup de chirurgiens se sont servis du « BIER » en étant insuffisamment documentés, et leurs résultats se sont forcément ressentis de cette manière de faire, d'où déception et rejet de la méthode.

Comme l'a fort bien dit DEBEYRE à la séance où nous présentions notre malade, la méthode de BIER n'est pas la panacée universelle, et seuls un certain nombre de cas de formes cliniques en sont justiciables.

Notre malade, qui est resté plusieurs mois dans nos salles et que bien des étudiants ont pu voir et suivre, avait l'histoire suivante :

Agé de douze ans, il avait commencé à boiter vers dix ans, puis rapidement s'était alité, la région tibio-tarsienne gauche étant devenue par trop douloureuse; il existait du gonflement non seulement en avant mais encore en arrière, dans les gaînes qui étaient empâtées; immobilisation, pointes de feu ne purent enrayer le processus tuberculeux qui s'affirma en quelques mois par une fistulisation à la face interne de la jambe un peu au-dessus de l'articulation, et au-dessous et un peu en avant de la malléole externe. Fongosités sortant par l'orifice des fistules, suppuration abondante, empâtement de tout le cou de pied, attitude vicieuse du pied en extension sur la jambe, douleurs au plus léger contact, tel était le tableau clinique de ce cas banal. Il entra à l'hôpital en décembre 1905 dans l'état décrit ci-dessus. A l'examen plus complet je jugeais qu'il s'agissait de lésions surtout périphériques à l'articulation, qu'il y avait

surtout de l'infiltration fongueuse des gaînes tant en avant qu'en arrière et que les lésions osseuses étaient plus limitées qu'on ne pouvait le penser au premier abord ; un foyer d'ostéite à la face interne du tibia près de l'article, un foyer astragalien accessible par la fistule externe ; le gonflement de la partie inférieure de la jambe et du cou de pied étant principalement dû aux lésions des parties molles. Je décidais d'appliquer la méthode de Bier à ce cas particulier, d'autant plus qu'il paraissait rentrer dans les indications formulées par Bier.

L'on sait que l'hypérémie s'obtient dans la plupart des cas par l'application d'une bande de caoutchouc mince, roulée autour du membre à peu de distance du point malade, mais en tissu sain, sans cela l'application serait douloureuse.

Il y a dans l'application de cette bande un tour de main assez délicat car il faut serrer assez pour obtenir l'hyperhémie veineuse, mais pas trop car on ferait de l'ischémie. Il est des moyens de contrôler si le degré de serrage est atteint : le membre au-dessous de la bande de caoutchouc doit devenir œdématié et violacé et non pas blanc. Le patient ne doit pas *souffrir* et à part un certain degré de tension, ne doit pas accuser de douleurs ni de *fourmillements*.

La peau doit être plus chaude au-dessous qu'au-dessus de la ligature, ce dont on peut s'assurer par l'application de thermomètres destinés à prendre les températures locales.

La bande s'applique directement sur la peau ou sur une compresse interposée. On commence par rouler sans serrer trois tours, puis on serre alors progressivement en surveillant l'aspect de la région et les réactions de sensibilité locale du malade La bande est assurée par une sorte de pince plate qui serre les deux derniers tours de bande sans abîmer le caoutchouc comme le fait une pince hémostatique, par exemple. Toutes les bandes de caoutchouc ne conviennent pas à cet effet, et il faut employer celles que recommande Bier, très minces, presque transparentes, larges de trois doigts environ.

La durée de l'application de la bande est variable : Nous avons commencé par une heure par jour pour augmenter progressivement et obtenir le port de la bande douze heures et plus ; pendant un certain temps, notre malade ne quitta même la bande qu'une heure sur vingt-quatre, la gardant jour et nuit.

Le résultat fut assez long à se dessiner et si on avait perdu patience, on aurait pu douter de la méthode. En effet, le gonflement du pied paraissait augmenter, la tension de la région antérieure devenait telle que le docteur Debeyre se voyait forcé d'évacuer par une ponction capillaire une collection purulente très tendue.

Actuellement, d'ailleurs, nous avons l'habitude, conformément à l'enseignement de Bier, de ponctionner les collections et de les évacuer en appliquant sur la région, une de ces ventouses aspiratrices dont il fait grand emploi dans le traitement des abcès froids. L'application répétée de ces ventouses permet de vider à fond les collections et l'hyperhémie produite par leur pose plusieurs heures, jour par jour, a sur la marche et l'évolution de ces suppurations une influence très heureuse, caractérisée par une guérison particulièrement plus rapide que par tout autre traitement et principalement que par les injections, cependant si usitées.

En avril, le mieux s'affirma par une diminution remarquable de l'empâtement des gaînes, de la suppuration et par la tendance à la guérison des fistules internes et externes qui s'étaient considérablement agrandies au début du traitement.

En juillet, tout était fermé ; à ce moment, le malade faisait des séances de quinze à vingt heures d'hyperhémie, sans en éprouver aucun trouble ; le pied était volumineux mais ce n'était plus à la palpation la sensation caractéristique des fongosités, mais celle d'une sorte de cerclage épais, dur, fibreux, engaînant l'articulation tibio-tarsienne et les gaînes malades.

L'enfant dut revenir chez lui. Intelligent et désireux de guérir il avait appris à appliquer la bande et continua pendant toutes les vacances à le faire en moyenne cinq heures par jour, sans marcher pourtant.

Lors de sa présentation on pouvait constater : que le pied n'était plus douloureux, qu'on pouvait sans aucune sensibilité lui imprimer tous les mouvements, lui frapper violemment sous le talon, lui presser l'articulation tibio-tarsienne, les malléoles, ses gaînes postérieures. Le pied encore gros présente la sensation définie plus haut, l'article paraissant entouré d'une gaîne scléreuse. L'enfant commence à remarcher, il le fait inhabilement car il a désappris, mais ne souffre pas.

Voici donc un fait précis qui, je l'espère, sera suivi de bien d'autres ; d'ailleurs, on en signale de tous côtés, et au Sanatorium de Saint-Pol, mon collègue Le Fort et moi, avons actuellement une fillette soignée primitivement par moi, à Lille, pour une tumeur blanche tibio-tarsienne par la méthode de Bier, qui fut continuée au Sanatorium et qui est complètement guérie. Nous devons d'ailleurs la présenter sous peu à la Société de Médecine du Nord.

Par contre, dans mon service, une fillette atteinte de tumeur blanche fistulisée tibio-tarsienne avec grosses lésions osseuses, ne trouva aucun changement dans l'application de cette méthode, qui dut être interrompue par suite de l'aggravation progressive du mal.

Nous avons d'autres cas en traitement et nous pourrons d'ici quelques mois apporter notre contribution personnelle à l'étude de la valeur de la méthode de Bier dans le traitement des tumeurs blanches du coude, du poignet, de la hanche, des adénites et aussi des inflammation aiguës des membres.

Si je me permettais de donner ici une impression personnelle, je crois d'après tout ce que j'ai vu et ce que je vois encore, que d'abord au point de vue de la tuberculose chirurgicale, et c'est ce seul point que je considère, les enfants paraissent retirer plus de profits de la méthode de Bier que les adultes, et que d'autre d'autre part les formes fongueuses paraissent mieux s'accommoder de l'hypérhémie que les formes ostéo-articulaires étendues ; et encore ceci ne tient-il peut-être qu'à l'époque plus ou moins avancée de l'affection où l'on commence le traitement.

N'importe; nous avons dans la méthode de Bier, une ressource thérapeutique précieuse qui nous permettra dans *certains cas* qu'il reste à bien définir de guérir nos petits malades sans mutilations, sans injections médicamenteuses, *à domicile* (après leur avoir montré comment on applique la bande élastique), avec conservation de tous les mouvements. Quelle autre méthode à l'heure actuelle peut en faire autant ?

L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité

par le docteur **A. Dupuis**

Avant 1886 régnait la doctrine de la typhlite et de l'inflammation du cœcum. A dater de cette époque, jusqu'en 1892, les chirurgiens américains furent les premiers qui s'occupèrent de l'appendicite.

C'est en 1894 que Paul Munde signala le premier deux cas d'appendicite : l'un pendant la grossesse, l'autre après la délivrance, et dès lors on s'occupe beaucoup, tant en France qu'à l'étranger, des rapports de l'appendicite avec la puerpéralité.

Nous signalerons : 1° *En France* : en 1897, la leçon magistrale du professeur Dieulafoy, sur l'appendicite et la grossesse, la thèse de Bouiller, de Lyon, à la même époque ; en 1898, les séances où le professeur Pinard, à l'Académie de Médecine, fit remarquer à ses collègues la fréquence et la gravité de l'appendicite comme complication de la grossesse, la thèse Jarca ; en 1899, la thèse de Baptiste à Lyon, en 1901 celle de Massarel à Montpellier et de Quillard à Paris ; en 1903, les communications à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, de Messieurs les Docteurs Porak et Daniel, Oui, Monod ; en 1905, la thèse de Couter à Nancy et enfin récemment à Paris celle de Croste.

2° *A l'Etranger* : en 1894, Frœnkel traitant de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse ; en 1897, Abrahams, Thomasson, Noble, s'occupant de la question en Amérique, de même qu'en 1901, Sonnenburg à Berlin et Cristalli à Naples et en 1902 Brothers, Lenmp, Coelho, Rostomtzew et Keiler ; en 1904, Rud, Scheahan et Schleier, montrant la gravité de l'appendicite, tant pour la mère que pour l'enfant ; enfin, en 1905, Lediard et Ledgwick, Brothers, Fry, Driessen, Heaton, Coë, Gabriel, Webster, Smith, Futh faisant paraître ces observations très intéressantes d'appendicite dans la puerpéralité.

Ceci dit, voyons à quel moment se produit l'appendicite pendant la grossesse et les suites de couches et quelles peuvent en être les causes.

Pendant la grossesse, l'appendicite se produit généralement durant les trois premiers mois. Quand la crise a lieu vers la fin de la grossesse, en interrogeant soigneusement la malade, on s'apercevra qu'elle a déjà eu auparavant une ou plusieurs attaques, quoique dans certains cas, elles aient été d'un caractère si peu grave, qu'elles sont passées presque inaperçues.

Peut-on dire pour cela, qu'il y ait réellement une appendicite d'origine puerpérale ? Quand cette maladie se rencontre pendant la grossesse, est-ce une simple coïncidence ?

Dans la thèse de BRIENVAL, VINAY nous dit qu'aucune condition pathogénique de l'appendicite ne se trouve réalisée par la grossesse. BOUILLER va plus loin et affirme que la femme enceinte n'est pas plus sujette que les autres aux inflammations appendiculaires. Cette règle est trop exclusive, et l'on retrouve en effet dans la thèse de BAPTISTE l'observation d'une femme, qui fit une crise d'appendicite à chacune de ses grossesses, sans jamais en avoir entre temps. Dans ce cas typique il n'est pas douteux que la grossesse ait joué un rôle ; quel est-il ? — Certains auteurs ont émis l'idée que les anses d'intestin grêle pourvues d'un long méso peuvent fuir et se déplacer pour permettre à l'utérus gravide de se développer, tandis que le cœcum auquel est attaché l'appendice est immobilisé contre la paroi abdominale. Dans ces conditions, il serait possible qu'ainsi placé entre un organe fixe, le cœcum, est un organe contractile et à développement progressif, l'utérus, qui d'ailleurs s'incline habituellement à droite, l'appendice subisse à un moment donné une torsion, une coudure ou une inflexion, d'où résulterait la transformation de son canal en cavité close et par suite une réaction inflammatoire de ses parois.

Pour DIEULAFOY, la grossesse qui joue un rôle actif dans la lithiase biliaire, peut ne pas être étrangère à la formation de calculs intra-appendiculaires et déterminer une virulence plus grande des micro-organismes contenus dans cette cavité close.

D'autres auteurs ont insisté sur l'hérédité, les habitudes alimentaires défectueuses, une alimentation trop azotée ou mal réglée ; d'autres ont incriminé un traumatisme abdominal pour expliquer l'éclosion de l'attaque appendiculaire.

Certaines maladies intercurrentes peuvent avoir une influence déterminante de l'appendicite et en particulier la grippe.

Pour nous l'une des causes les plus fréquentes de l'appendicite pendant la grossesse est la constipation qui, par atonie intestinale, se produit généralement chez les femmes enceintes ; que ces femmes soient atteintes ou non d'entérite muco-membraneuse, elles n'en restent pas moins constipées. Or cette constipation amenant la coprostase cœcale et par suite des fermentations prolongées et anormales, augmente la virulence du colibacille et favorise l'infection intestinale qui peut être le point de départ d'une crise appendiculaire.

On peut donc dire d'une façon générale que les causes qui produisent l'appendicite pendant la grossesse sont les mêmes qu'en dehors de la gestation. La constipation, en favorisant l'infection intestinale, ferait augmenter le nombre des cas.

Pendant les suites de couches, le début d'une crise appendiculaire, s'il n'a pas eu lieu pendant la grossesse, est le plus souvent rapproché de la délivrance.

Certains facteurs particuliers semblent ici entrer en scène pour déterminer la crise appendiculaire. Signalons en passant le réveil qui peut se faire, d'après VERNEUIL et BUDIN au niveau de certains foyers inflammatoires et la rupture des adhérences qui peut s'accomplir au niveau des abcès résidueux qu'a signalés WEISS.

L'appendicite du post-partum pourra être aussi une appendicite par propagation. Que le ligament de Clade existe ou pas, il n'est pas douteux que l'appendice communique avec l'appareil génital par des vaisseaux sanguins et lymphatiques. En outre les travaux de TREUBE, d'Amsterdam, de BOUILLY, de PICQUÉ, de BARNSBY prouvent qu'en situation basse l'appendice peut venir en contact avec les organes du petit bassin.

L'infection de l'appendice peut donc retentir sur une trompe et vice-versa.

Nous voyons donc que pendant les suites de couches, il peut s'agir d'appendicites par propagation et par causes locales, outre les causes générales.

Maintenant que nous connaissons les causes de l'appendicite pendant la grossesse et dans les suites de couches, il nous paraît intéressant de savoir comment tout médecin pourra diagnostiquer une crise appendiculaire.

Le diagnostic est parfois très difficile pendant la grossesse à cause du développement de l'utérus gravide, qui gêne l'examen ; difficile aussi pendant les suites de couches, à cause de la confusion des signes d'infection puerpérale et d'infection appendiculaire, comme l'a dit le Professeur PINARD. Les principaux signes sur lesquels le médecin dut s'appuyer pour le porter sont : les antécédents personnels de la malade ; les troubles digestifs ; la constipation ; le faciès grippé ; la courbe thermique ; l'accélération et la petitesse du pouls (signe très important) ; la douleur de la fosse iliaque droite, au point de MAC BURNEY ; l'empâtement ; l'hypéresthésie et la défense de la paroi abdominale.

Il va sans dire, qu'au point de vue clinique, les

symptômes pourront un peu varier suivant la forme d'appendicite à laquelle on a affaire.

Dans l'appendicite avec péritonite généralisée, on trouve surtout des signes généraux graves. Les symptômes locaux restent atténués ou masqués par des signes d'infection.

Dans l'appendicite avec péritonite localisée et suppuration, ou pendant quelques jours, on a les signes d'une appendicite simple, dont la rémission ne s'effectue pas, la douleur s'exagérant et la température tendant à s'élever ; ou d'emblée les symptômes sont gravement accusés.

Dans l'appendicite simple sans perforation, les symptômes sont ceux d'une crise appendiculaire ordinaire.

Il ne faut pas oublier que pendant la grossesse et dans les suites de couches, un certain nombre des symptômes peuvent n'être pas très nets ou difficiles à percevoir.

Nous devons signaler aussi certaines formes frustes d'appendicite au sujet desquelles, en 1904, on a beaucoup discuté à la Société Médicale des Hôpitaux et à la Société de Chirurgie, et qui de nos jours sont discutées.

Le Professeur Dieulafoy a fait à leur sujet, le 29 mai 1906, une communication très intéressante. Il estime que l'appendicite est une complication rare de la typhlo-colite et combat l'opinion qui attribue la persistance de cette dernière maladie à la présence dans l'abdomen d'un appendice considéré comme malade.

D'autre part le Professeur Reclus, dans une communication à l'Académie de Médecine du 5 juin 1906, se montre d'avis que la typhlo-colite et l'appendicite coexistent très souvent.

La discussion n'étant pas tranchée, nous devons dire que ces formes frustes se manifestent par des troubles gastro-intestinaux : dyspepsie, vomissements alimentaires et bilieux, entéro-colite, se présentant tantôt sous forme de diarrhées soudaines, tantôt sous forme de constipation, tantôt enfin, sous forme d'alternatives de constipation et de diarrhée avec débâcles.

Il n'y a point de douleur localisée, pas d'empâtement de la fosse iliaque.

C'est ici que le médecin est souvent tenté de mettre tous ces symptômes sur le compte de l'intoxication gravidique et que la crise passe généralement inaperçue, au grand détriment de la malade et du fœtus. Et pourtant, pour éviter l'erreur, il suffit de se souvenir que quand les symptômes dont nous venons de parler sont dûs à une crise appendiculaire au début, en peu de temps survient une élévation de température atteignant 38°, et une accélération notable du pouls.

L'appendicite pendant la grossesse et dans les suites de couches peut être confondue avec un certain nombre de maladies, au grand détriment de la mère et de l'enfant. Nous croyons donc intéressant de repasser rapidement les différentes affections, qui dans certains cas ont été prises pour une crise appendiculaire, et nous établirons dans la mesure du possible le diagnostic différentiel.

Pour éviter la confusion qui peut exister pendant la grossesse entre les vomissements incoercibles et une crise appendiculaire, il suffira de se rappeler que dans la première affection. si le pouls est accéléré, il n'est ni petit, ni filant comme dans l'appendicite et qu'en outre il n'y a point d'élévation de température. Mais le point le plus important c'est que les vomissements graves ne s'installent pas d'emblée, mais progressivement, alors que dans l'appendicite le début est presque toujours très brusque.

Les douleurs existent bien, mais elles ne sont nullement localisées dans la fosse idiaque droite, où d'ailleurs il n'y a point d'empâtement, point de défense de la paroi.

La confusion entre une appendicite et une fièvre typhoïde est plus difficile à éviter.

Pourtant il suffit de se souvenir que généralement la fièvre typhoïde débute sans douleur brusque. La fosse idiaque peut être douloureuse, mais il n'y a point de contracture défensive des muscles. La courbe thermique est progressivement ascendante. Au bout de quelques jours apparaissent les taches lenticulaires. Dans tous les cas douteux, on peut avoir recours au séro-diagnostic de Widal.

Les coliques hépatiques, la cholécystite surviennent soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches. Pour faire le diagnostic on s'appuiera sur l'élévation de la température et surtout sur l'accélération du pouls, qui est un signe de certitude de l'appendicite. Les commémoratifs (lithiase-ictère) guideront le médecin. La douleur bien localisée au point Mac Burney est un bon signe en faveur de l'appendicite ; dans la colique hépatique généralement elle s'irradie dans le bras droit.

Pour diagnostiser la pyélonéphrite, il suffit de se rappeler les symptômes : fièvre, douleur, pyurie, tuméfaction rénale.

L'appendicite, par ses symptômes généraux (début brusque, température élevée, pouls petit et filant) et locaux (douleur et empâtement bien localisés au point de MAC BURNEY), se diagnostiquera du rein mobile.

L'occlusion intestinale se produit assez souvent pendant la grossesse et le travail ; si l'on en croit NERGEY, elle est plus rare dans les suites de couches.

Le diagnostic différentiel ici est fort difficile. Il faut se rappeler pourtant qu'en général l'appendicite a un début plus brusque, avec une élévation thermique.

L'imperméabilité de l'intestin est complète dans l'occlusion ; il est rare qu'elle soit aussi marquée dans l'appendicite.

La douleur est de beaucoup moins localisée dans l'occlusion que dans l'appendicite.

Pour différencier l'appendicite d'avec les affections d'origine intestinale, telle que l'entéro-colite, il suffit de se rappeler le début brusque de la crise appendiculaire, la douleur localisée, l'état général très modifié et la constitution des selles.

Le professeur PINARD a rapporté deux exemples de confusion entre l'appendicite et la rupture utérine avec péritonite généralisée. Il fait bien remarquer qu'en dehors des traumatismes, l'utérus ne se rompt pas pendant la grossesse. Pendant le travail, l'état du pouls, la température, l'examen local sont les éléments du diagnostic différentiel.

La rupture d'une grossesse tubaire droite peut passer pour une appendicite, comme l'a dit ABRAHAMS. L'irrégularité de la menstruation, l'absence d'une période menstruelle, le rejet d'une membrane caduque, l'évidence des symptômes hémorragiques (pâleur, pouls, température), sont des éléments en faveur d'une grossesse extra-utérine.

A la suile d'une rupture tubaire, les signes d'hématocèle rétro-utérine et d'hémorragie interne pourront aussi guider l'observateur.

Le diagnostic différentiel d'appendicite d'avec la salpingo-ovarite est bien difficile.

Il faut tenir compte des commémoratifs. Savoir que même en cas d'appendicite à forme pelvienne, on a une tuméfacture dans la fosse iliaque et que les douleurs sont localisées en cet endroit.

Si dans l'appendicite, les douleurs s'irradient dans tout l'abdomen, dans la salpingo-ovarite, elles se dirigent vers les reins et les cuisses. Enfin, quoiqu'il y ait des exceptions, la bilatéralité des douleurs est un signe important en faveur de l'annexite.

Un phlegmon du ligament large, qui vient pointer dans la fosse iliaque, peut être pris pour une appendicite. En cas de phlegmon, l'utérus est accolé à la collection ; il est fixé, immobile. Dans l'appendicite pelvienne, il est plus indépendant.

Dans les suites de couches, par un examen superficiel, on pourrait confondre l'appendicite avec l'endométrite puerpérale, qui se produit dans la première semaine après l'accouchement. Il n'est pas besoin d'insister, car si les symptômes généraux sont les mêmes, les symptômes locaux varient du tout au tout.

Il en est de même pour certains accidents fébriles, tels que la lymphangite du sein, les abcès, la galactophorite et certaines affections médicales, telle la pneumonie.

Quant au pronostic de l'appendicite pendant la grossesse, il est très sombre, tant pour la mère que pour le fœtus.

La gestation augmente considérablement les risques et les dangers de cette maladie.

Le danger de mort dépend en partie de l'âge de la grossesse et aussi de la gravité de l'inflammation.

Plus la grossesse est avancée, plus le pronostic est mauvais, surtout s'il s'est formé du pus.

Lorsque l'attaque est peu grave pendant les premiers mois de la grossesse (et c'est alors, nous le verrons plus loin, qu'il y a lieu d'opérer) la guérison peut s'obtenir et la grossesse continuer sans interruption jusqu'à terme.

Si la suppuration se produit, le danger de mort augmente considérablement, tant pour la mère que pour le fœtus. L'avortement ou l'accouchement prématuré a presque toujours lieu et quand l'enfant vient vivant, on peut dire, sans toutefois en faire pour cela une règle absolue, qu'il meurt souvent dans les quelques jours qui suivent sa naissance.

Pour la mère, l'appendicite des suites de couches n'est pas moins grave que pendant la grossesse ; d'abord parce que la femme se trouve dans un état de moindre résistance et qu'ensuite il est toujours à craindre une complication du côté des organes génitaux. Une appendicite à allure bénigne peut très rapidement donner naissance à des phénomènes graves, vite mortels.

Ceci dit, passons au traitement. Pendant la gros-

sesse, nous sommes partisans de l'intervention chirurgicale, tant pour la mère que pour l'enfant.

Pour la mère d'abord ; parce qu'il faut se souvenir qu'une crise d'appendicite, même très légère au début, peut devenir rapidement très grave, et que l'intervention chirurgicale a l'avantage énorme sur le traitement médical de guérir radicalement. »

Il faut se méfier, a dit le professeur PINARD, des crises appendiculaires qui semblent de prime-abord guérir par un traitement médical et ne le sont pas en réalité. »

L'opération entreprise avec tous les soins habituels d'asepsie, n'est pas plus dangereuse qu'à l'état normal.

Evidemment, dans les derniers mois de la grossesse, le développement de l'utérus gravide gêne un peu l'opérateur. C'est pourquoi, même au point de vue de la mère, il y a tout intérêt à opérer une crise d'appendicite qui se produit dans les premiers mois de la grossesse. C'est d'ailleurs presque toujours à ce moment que se produit la première attaque appendiculaire.

Pour l'enfant ensuite : nous avons vu en effet que souvent l'appendicite pendant la grossesse déterminait l'avortement ou l'accouchement prématuré ; que si l'enfant venait vivant, fréquemment dans la suite, il mourait intoxiqué ou infecté. Or, quand le fœtus n'est pas encore intoxiqué par les poisons microbiens de la mère, son développement intra-utérin n'est nullement interrompu dans la majorité des cas par le traumatisme chirurgical. En un mot, on a beaucoup plus de chance d'interrompre la grossesse en n'opérant pas qu'en opérant. Dans ces conditions, pourquoi n'interviendrait-on pas chirurgicalement ?

Dans les suites de couches, comme on n'a plus qu'à tenir compte de la mère, quand les symptômes indiqueront qu'il n'y a pas de complication, on pourra user du traitement médical (opium à l'intérieur et glace sur le ventre), pour calmer la crise et rendre par le fait même l'opération plus facile et moins dangereuse.

Une fois la crise suffisamment rafraîchie, nous croyons qu'on doit opérer, toujours dans l'inquiétude d'une récidive plus ou moins lointaine, surtout d'une récidive lors d'une prochaine grossesse.

Il va sans dire que dans les post-partum encore, il faut opérer d'urgence une crise à allure grave. Dans les péritonites généralisées ou localisées, c'est la seule chance de sauver la patiente.

C'est sur l'étude de 204 observations d'appendicites survenues aux diverses périodes de la puerpéralité que nous avons basé nos conclusions, trop heureux si nous avons pu contribuer, par cette revue, à apporter quelque clarté dans un sujet aussi délicat.

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Année scolaire 1906-1907 (1er Semestre)

TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

DU 3 NOVEMBRE 1906 AU 28 FÉVRIER 1907

Première année de Médecine

LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 h.
	Travaux de dissection.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection.	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
JEUDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie. . . .	à 2 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
SAMEDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Deuxième année de Médecine

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
JEUDI	Clin. méd. ou clin. chirurgic.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences d'anatomie. . . .	de 4 h. à 5 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 4 h.
	Cours d'anatomie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours d'histologie.	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

Troisième année de Médecine

LUNDI
- Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
- Travaux prat. d'anat. pathol. de 2 h. à 4 h.
- Cours d'accouchements. . . . de 4 h. à 5 h.

MARDI
- Clin. méd. ou clin. chirurg. . de 9 h. à 11 h.
- Cours de mal. du syst. nerv. . de 2 h. à 3 h.
- Cours de paratologie . . . . . de 3 h. à 4 h.
- Cours d'anatomie patholog. . . de 4 à 5 h.

MERCREDI
- Clin. méd. ou clin. chirurgic. de 9 h. à 11 h.
- Trav. prat. d'anat. pathol. . . de 2 h. à 4 h.
- Cours d'accouchements. . . . de 4 h. à 5 h.

JEUDI
- Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
- Cours de mal. du syst. nerv. . de 2 h. à 3 h.
- Cours de parasitologie. . . . . de 3 à 4 h.
- Cours d'anatomie pathologique de 4 h. à 5 h.

VENDREDI
- Clinique méd. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
- Trav. prat. de micrographie . de 2 h. à 3 h.
- Cours de parasitologie . . . de 3 h. à 4 h.
- Cours d'accouchements. . . . de 4 h. à 5 h.

SAMEDI
- Clin. médic. ou clin. chirurg. de 9 h. à 11 h.
- Cours de mal. du syst. nerv. de 2 h. à 3 h.
- Cours de pathologie générale . de 4 h. à 5 h.

Quatrième année de Médecine

LUNDI
- Conférence de laryngologie . . à 8 h. 1/2.
- Clinique chirurg. des enfants . à 9 h. 1/2.
- Clinique medicale des enfants. à 10 h. 1/2.
- Trav. prat. d'anat. pathol. . . de 2 h. à 4 h.
- Cours d'accouchements . . . . de 4 h à 5 h.

MARDI
- Clin. des mal. cut. et syphil. . à 10 heures.
- Cours de mal. du syst. nerv de 2 à 3 h.
- Cours de médecine legale . . de 3 h. à 4 h.
- Cours d'anatomie patholog. . de 4 h. à 5 h.

MERCREDI
- Conférence de laryngologie . . à 8 h. 1/2.
- Clinique chirurg. des enfants . à 9 h. 1/2.
- Clinique médicale des enfants. à 10 h. 1/2.
- Leçon prat. d'hyg. de la 1re enf. à 11 h. 1/4.
- Trav prat. d'anat. pathol. . . de 2 h. à 4 h.
- Cours d'accouchements . . . . de 4 h. à 5 h.

JEUDI
- Clin. des mal. cut. et syphil. . à 10 heures.
- Cours mal. du syst. nerv . . de 2 h. à 3 h.
- Cours de médecine légale. . . de 3 h. à 4 h.
- Cours d'anatomie patholog. . de 4 h. à 5 h.

VENDREDI
- Clin. chirurg. des enfants. . . à 9 h. 1/2.
- Clin. médicale des enfants. . . à 10 h. 1/2.
- Travaux prat. de chimie . . de 2 h. à 4 h.
- Cours d'accouchements. . . de 4 h. à 5 h.
- Cours de toxicologie . . . . . de 5 h. à 6 h.

SAMEDI
- Clin. des mal. cut. et syphil. à 10 heures.
- Cours de mal. du syst. nerv. de 2 h. à 3 h.
- Cours de médecine légale . . de 3 h. à 4 h.
- Cours de pathologie générale de 4 à 5 heures.

Les élèves de 1re, 2e et 3e années de Doctorat sont, au début de chaque semestre, en ce qui concerne les cliniques, partagés en deux groupes, dont l'un est attaché à la clinique médicale et l'autre à la clinique chirurgicale.

Première année de Pharmacie

LUNDI
- Cours de zool. méd. et pharm. de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
- Trav. prat. de chimie minér. . de 2 h. à 5 h.
- Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.

MARDI
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4

MERCREDI
- Cours de zool. méd. et pharm. de 9 h 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
- Trav. prat. de chimie minér. de 2 h. à 5 h.
- Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.

JEUDI
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

VENDREDI
- Cours de zool. méd. et pharm. de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
- Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.

SAMEDI
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Deuxième année de Pharmacie

LUNDI
- Cours de zool. méd. et phar. de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
- Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.

MARDI
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4

MERCREDI
- Cours de zool. méd. et phar. de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2
- Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.

JEUDI
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

VENDREDI
- Cours de zool. méd. et phar. de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
- Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.

SAMEDI
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

Troisième année de Pharmacie

LUNDI
- Cours de zool. méd. et phar. de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
- Trav. prat. d'hist. naturelle . de 2 h. à 5 h.
- Cours de chimie minérale. . . de 5 h. à 6 h.

MARDI
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
- Trav. prat. de physique . . . de 2 h. à 4 h.

MERCREDI
- Cours de zool. méd. et phar. de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
- Trav. prat. de pharmacie. . . de 2 h. à 5 h.
- Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.

JEUDI
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
- Travaux pratiques de physique de 2 h. à 4 h.

VENDREDI
- Cours de zool. méd. et phar. de 9 h. 1/2 à 10 h. 1/2.
- Conférences de physique . . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.
- Travaux pratiques de chimie . de 2 h. à 5 h.
- Cours de chimie minérale. . . de 5 h. à 6 h.

SAMEDI
- Travaux pratiques de micrographie de 8 h. à 10 h. 1/2.
- Cours de pharmacie . . . . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.
- Travaux prat. de pharmacie. de 2 h. à 4 h.

Première année de Chirurgie dentaire

LUNDI
- Exercice sur le fantôme de 8 h. à 10 h.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Cours d'anat., de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.

MARDI
- Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

MERCREDI
- Clinique médic. et clin. chirurgicale de 9 h. à 10 h. 1/2.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Pathologie dentaire de 6 à 7 h.

JEUDI
- Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

VENDREDI
- Clinique médic. et clin. chirurgicale de 9 h. à 10 h. 1/2.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Cours d'anat., de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.

SAMEDI
- Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

Deuxième année de Chirurgie dentaire

LUNDI
- Clinique dermatologique à 10 h.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Cours d'anat., de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.

MARDI
- Clinique dentaire (soins) de 8 h. à 10 h.

MERCREDI
- Clinique dermatologique à 10 h.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Pathologie dentaire de 6 h. à 7 h.

JEUDI
- Clinique dentaire (soins) de 8 h. à 10 h.

VENDREDI
- Clinique dermatologique à 10 h.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Cours d'anat., de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.

SAMEDI
- Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

Troisième année de Chirurgie dentaire

LUNDI
- Clinique dermatologique à 10 heures.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Cours d'anat., de phys. et de pathol. élem. de 6 h à 7 h.

MARDI
- Clinique dentaire (soins) de 8 h. à 10 h.

MERCREDI
- Clinique dermatologique à 10 h.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Pathologie dentaire de 6 h. à 7 h.

JEUDI
- Clinique dentaire de 8 h. à 10 h.

VENDREDI
- Clinique dermatologique à 10 h.
- Travaux pratiques de prothèse de 4 h. à 6 h.
- Cours d'anat., de phys. et de pathol. élém. de 6 h. à 7 h.

SAMEDI
- Clinique dentaire (soins) de 8 h. à 10 h.

Première année des Elèves Sages-Femmes

MARDI	Anatomie, physiologie et pathologie élémentaire à 11 h.
MERCREDI	Cours théorique d'accouchements à 9 h. 3/4.
JEUDI	Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires à 11 h.
VENDREDI	Cours théorique d'accouchements à 9 h. 3/4.

Deuxième année des Elèves Sages-Femmes

MARDI	Pratique des accouchements à 9 h.
MERCREDI	Cours théorique d'accouchements à 9 h. 3/4.
VENDREDI	Pratique des accouchements à 9 h. 3/4.
SAMEDI	Cours théorique d'accouchements à 9 h. 3/4.

— Par **arrêtés rectoraux** du 19 octobre, sont nommés : M. QUARRÉ, étudiant en pharmacie, préparateur de chimie organique à la Faculté de médecine, en remplacement de M. WILLAY, démissionnaire.

M. BURY, licencié ès-sciences, étudiant en pharmacie, aide-préparateur des travaux pratiques de chimie organique à la Faculté, en remplacemeut de M. DUPONCHELLE, démissionnaire.

— Le Jury du **concours pour l'internat** des hôpitaux de Lille, qui aura lieu le lundi 5 novembre, est ainsi composé : MM. les professeurs DEBIERRE, BAUDRY, CHARMEIL, CARLIER, BUÉ, juges titulaires ; GAUDIER, PATOIR, juges suppléants.

— Le jury du **concours pour l'externat**, qui aura lieu le lundi 5 novembre, est ainsi composé : MM. les professeurs LAGUESSE, CARRIÈRE, DELÉARDE, LAMBRET, GÉRARD (Georges), juges titulaires ; GAUDIER, PATOIR, juges suppléants.

— Le Ministre du commerce, de l'industrie et du travail, sur la proposition du directeur de l'assurance et de la prévoyance sociale, vient de prendre les arrêtés suivants réglant, suivant les localités, le **prix de la visite médicale pour les accidents du travail**.

Art. II. — Est arrêtée ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile sera transitoirement élevée à 1 fr. 50. Nord : Anzin, Armentières, Denain, Dunkerque. Hautmont, la Madeleine-lez-Lille, Le Cateau, Lille, Maubeuge, Roubaix, Tourcoing, Watreloos.

Pas-de-Calais : Arras, Boulogne-sur-Mer, Hénin-Liétard, Saint-Omer.

Aisne : Bohain, Saint-Quentin.

Art. I. — Est arrêté ainsi qu'il suit la liste des localités dans lesquelles le prix de la visite à domicile est transitoirement porté à 2 fr. 50. *Somme* : Amiens.

— Par décret de diverses dates ont été **nommés ou ont permuté** dans la 1re et la 2e région. Médecins aide-majors, de 1re classe de l'armée territoriale : MM. les docteurs PATOIR, de Lille ; D'HAUSSY, de Mennevret (Aisne) ; LAMOUREUX, de Oulchy (Aisne) ; MUSIN, d'Amiens. Médecins aide-majors de 2e classe de l'armée territoriale : MM. les docteurs BEYAERT, de Bollezeele (Nord). Médecins aide-majors de 1re classe de réserve : MM. les docteurs NÉVEJAN, de Ghyvelde (Nord) ; TONNEL, de La Madeleine (Nord). Médecins aide-majors de 2e classe de réserve : MM. les docteurs EISSENDECK, d'Acheux (Somme) ; DEHON, de Lille ; POLLET, de Lille ; HOUSSIN, de Dourges (Pas-de-Calais) ; PRIVAT DE FORTUNIE, d'Armentières ; DUBOIS, d'Hergnies (Nord).

— Parmi les récentes promotions dans le **service de santé militaire**, nous relevons comme intéressant notre région celles de MM. les docteurs SALÈTES, médecin principal de 1re classe, maintenu médecin en chef de l'hôpital militaire d'Arras ; GUIFLET, médecin-major de 1re classe, affecté au 29e d'artillerie à Laon (Aisne) ; BRUNETIÈRE, médecin-major de 2e classe, affecté au 147e d'infanterie à Rocroy (Ardennes) ; CHAMBAUD, médecin-major de 2e classe, affecté au 73e d'infanterie à Béthune, MOISSENEY, médecin aide-major de 2e classe, affecté au 145e d'infanterie à Maubeuge.

Notre Carnet

Le 24 septembre, a été célébré, à Banteux (Nord), le mariage du docteur Edgard LOUBRY, de Fresnes, avec mademoiselle Nelly LEVÊQUE. Nous adressons à notre jeune et distingué confrère nos meilleurs souhaits de bonheur.

— M. Emile VAN AERDE nous fait part de la naissance de sa fille ODETTE. Nos meilleurs souhaits.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

— *Ecole de plein exercice d'Alger.* — M. le docteur LEMAIRE est nommé pour trois ans, à dater du 1er novembre 1906, chef des travaux de pathologie générale, microbiologie et parasitologie.

— *Ecole de plein exercice de Marseille.* — M. le docteur ès-sciences BERG est chargé, pour l'année scolaire 1906-1907, d'un cours complémentaire de chimie biologique.

— *Ecole de plein exercice de Nantes.* — M. le docteur BUREAU est maintenu, pour l'année scolaire 1906-1907, dans les fonctions de chargé d'un cours de thérapeutique.

— *Ecole préparatoire de Reims.* — M. le docteur CORDIER est prorogé, pour trois ans, dans les fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale

Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — Ont été nommés *chevaliers* : MM. les docteurs SOURBÈS, médecin à Mézin (Lot-et-Garonne) ; HEIM, BOULAY, COMBALAT, SAUVEZ de Paris ; CHARPENTIER, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; HIGUES, AMOURETTE, de Cannes (Alpes-Maritimes) ; RIEFFEL, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Instruction publique. — Ont été nommés *officiers d'académie* : MM. les docteurs FLOUR, de Bray-sur-Somme ; HURTREL, de Hangest-en-Santerre (Somme).

Mérite agricole. — Ont été nommés *chevaliers* : MM. les docteurs LOUP, de Vichy ; CABOCHE, de Paris.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Prunier, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris ; Henry Bernard, de Bourbon-l'Archambault (Allier) ; Charvet, de Vals (Ardèche) ; Mauduit, de Paris ; Dauvé, médecin inspecteur de l'armée de réserve ; Chabaud, de Lalevade (Ardèche) ; Escanyé, ancien député des Pyrénées-Orientales ; Kœchlin, de Bischwiller (Alsace-Lorraine) ; Toujan, de Tunis (Tunisie) ; Cusson, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Jeay, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; Yot, de Versailles (Seine-et-Oise) ; Junin, de Poitiers (Vienne) ; Minaud, de Paris ; Marchais, de Paris ; Cousin-Gimbal, de Marseille ; Roussèt, d'Apt (Vaucluse) ; Battesti, de Bastia (Corse) ; Bibal, de Barrau (Savoie) ; Bouard, de Thonon (Haute-Savoie) ; Sini, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Millou, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Merklen, médecin des hôpitaux de Paris ; Floquet, médecin en chef du Palais de Justice de Paris, victime de l'accident du chemin de fer d'Epernon.

Franconie, étudiant en médecine de Rochefort (Charente-Inférieure).

Demoulin, de Landrecies (Nord) ; Dehedin, de Samer (Pas-de-Calais) ; Lemoine, de Vitry-en-Artois (Pas-de-Calais). Nous adressons au fils de ce dernier confrère, interne distingué des hôpitaux de Lille, frappé dans ses plus chères affections, l'expression de nos vifs sentiments de condoléance.

Hippolyte Martin, médecin des hôpitaux de Paris.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

du 16 septembre au 13 octobre 1906

Age des personnes décédées a Lille	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	21	16
3 mois à un an	25	17
1 an à 2 ans	8	12
2 à 5 ans	8	5
5 à 20 ans	5	6
20 à 60 ans	55	42
60 ans et au-dessus	45	41
Total	167	139

Répartition des décès par quartier	Causes principales de décès: Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite: moins de 1 an	de 1 à 2 ans	plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des décès	NAISSANCES par quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	1	2	»	»	2	»	»	»	»	»	4	13	20
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	6	»	»	2	»	1	»	2	1	2	2	»	»	»	»	»	7	24	49
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	1	»	2	»	»	4	3	»	4	1	1	4	8	2	1	»	1	»	10	53	54
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	5	»	7	»	»	3	1	»	3	»	2	8	12	2	»	1	»	»	17	62	75
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	1	»	6	»	»	1	»	»	2	1	1	»	1	»	»	»	1	»	9	25	36
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	1	3	3	7	5	7	»	»	»	»	»	13	40	28
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	1	»	1	»	2	1	3	5	1	»	»	»	»	9	27	31
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	3	1	2	»	»	1	»	»	»	»	»	4	11	26
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	2	»	»	3	»	1	5	7	»	»	»	»	»	4	28	49
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	4	»	»	»	»	»	2	9	7
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	2	1	»	2	»	»	»	»	»	»	7	»	»	1	»	»	3	17	25
Total	2	»	»	7	»	37	2	»	16	4	6	20	14	14	28	56	5	1	2	2	»	81	299	400

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Ch. TUAL.

N° 512. Dixième Année. N° 44. Le Numéro : 10 centimes 4 Novembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer et Sanatorium de Zuydcoote (1)

par le Docteur **René Le Fort**

Si l'influence heureuse de l'air marin dans la scrofule et le rachitisme n'a plus besoin aujourd'hui d'être défendue, il est toujours intéressant de noter les résultats qu'on peut en obtenir.

Au moment où le Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, exproprié pour l'extension du port de Dunkerque, va être remplacé par celui de Zuydcoote, je désire donner un court aperçu de ce qu'est l'établissement de Saint-Pol, des résultats qu'il a donnés, de ce que sera celui de Zuydcoote et ce qu'on y fera.

(1) Communication faite le 22 septembre au Congrès de Milan.

I. — Le Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer

Le Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, créé il y a moins de vingt ans, est situé sur la mer du Nord, près de Dunkerque. Grâce à l'inlassable dévouement et à l'intelligente activité de son fondateur, M. Georges VANCAUWENBERGHE, l'établissement, qui, en 1888, recevait 20 garçons, reçoit depuis 1898 une moyenne de mille enfants.

Un décret du 27 octobre 1898 l'a reconnu établissement d'utilité publique.

On y reçoit des enfants de 2 à 18 ans, garçons (2 à 15 ans) et filles (2 à 18 ans).

Les enfants y sont adressés de toute la région du Nord de la France.

Ils doivent être divisés en deux catégories : *les hospitalisés en traitement* et les *enfants des colonies scolaires.*

Enfants hospitalisés

Les enfants hospitalisés sont à l'infirmerie ou dans les sections de valides.

Les plus gravement atteints sont répartis dans différents pavillons-infirmeries ; 150 lits leur sont réservés.

Les enfants qui n'ont pas besoin d'être immobilisés au lit sont placés dans des sections de valides.

Le sanatorium comprend huit pavillons isolés, avec 420 lits.

En principe, le sanatorium-hôpital est réservé aux tuberculoses osseuses, articulaires et ganglionnaires, et au rachitisme. En pratique, des enfants débilités, chétifs, lymphatiques, exempts de tuberculose viscérale, y sont également admis, et notamment ceux qui réclament les secours de la chirurgie orthopédique, mais ils restent toujours en très petit nombre.

Les soins médicaux sont assurés par trois chirurgiens, M. le Dr LAMBRET (section des garçons), M. le Dr LE FORT (section des filles), M le Dr GAUDIER (affections du larynx, oreilles, nez et face). Un médecin résident et deux internes assurent en permanence le service médical ; un médecin et un chirurgien consultants, un pharmacien-radiographe, sont attachés à l'établissement.

Pour donner une idée d'ensemble des résultats obtenus à Saint-Pol chez les malades hospitalisés, j'emprunterai quelques chiffres aux rapports adressés chaque année au Conseil général du Nord. Voici les résultats généraux des dix dernières années :

En 1896, 225 enfants traités : guérisons, 67,53 %; améliorations, 13,99 %; états stationnaires, 7,79 %; aggravations, 12,69 %.

En 1897, 332 enfants admis : guérisons, 58,61 %; améliorations, 23,27 %.

En 1898, 379 enfants admis : guérisons, 65, 95 %; améliorations, 20,56 %; stationnaires, 9,29 %.

En 1899, 366 enfants admis : guérisons, 65,31 %; améliorations, 21,96 %; stationnaires, 7,51 %.

En 1900, mêmes résultats.

En 1901, 352 enfants admis : guérisons, 59,84 %; améliorations, 24,42 %; stationnaires, 9,36 %.

En 1902, 357 enfants traités : guérison, 45,30 %; améliorations, 30,77 %; stationnaires, 9,40 %.

En 1903, 372 enfants traités : guérison, 47,65 %; améliorations, 22,15 %; stationnaires, 9,40 %.

En 1904, 371 enfants traités : guérisons, 50,34 %; améliorations, 24,83 %; stationnaires, 12.75 %.

En 1905, 391 enfants traités : guérisons, 51,12 %; améliorations, 25,93 %; stationnaires, 16,29 %.

En bloc, sur 15 enfants qui entrent au sanatorium, 8 guérissent, 4 sont améliorés, 2 restent stationnaires.

Ces résultats seraient encore meilleurs si les médecins nous envoyaient les enfants dès le début des accidents et non lorsqu'ils sont en pleine évolution. Les résultats sont infiniment plus favorables dans les tuberculoses récentes et fermées que dans les tuberculoses ouvertes, il est inutile d'y insister.

Sans vouloir abuser des chiffres, je mentionnerai comme exemple les résultats obtenus d'après le dernier rapport annuel :

FILLES AGE	Nombre des sorties	SORTANTS DES salles d'alités	SORTANTS DES valides	SUPPURANTS à l'entrée	SUPPURANTS à la sortie
De 3 à 4 ans . . .	1	1	»	1	0
4 à 5 ans . . .	4	3	1	2	0
5 à 6 ans . . .	2	2	»	1	0
6 à 7 ans . .	1	1	»	1	0
7 à 8 ans . . .	5	2	3	1	0
8 à 9 ans . . .	5	2	3	3	0
9 à 10 ans . . .	6	1	5	1	0
10 à 11 ans . . .	2	»	2	»	»
11 à 12 ans . . .	5	1	4	»	»
12 à 13 ans . . .	4	1	3	2	0
13 à 14 ans . . .	3	»	3	2	0
14 à 15 ans . . .	6	»	6	2	0
15 à 16 ans . . .	5	»	5	»	»
16 à 17 ans . . .	5	2	3	»	»
17 à 18 ans . . .	4	1	3	1	0
TOTAUX.	58	17	41	17	0

GARÇONS AGE	Nombre des sorties	SORTANTS DES salles d'alités	SORTANTS DES valides	SUPPURANTS à l'entrée	SUPPURANTS à la sortie
De 2 à 3 ans . . .	1	1	»	1	1
3 à 4 ans . . .	3	3	»	»	»
4 à 5 ans . . .	9	8	1	2	0
5 à 6 ans . . .	7	3	4	1	0
6 à 7 ans . . .	4	2	2	1	2
7 à 8 ans . . .	9	4	5	1	0
8 à 9 ans . . .	10	4	6	4	0
9 à 10 ans . . .	8	2	6	1	0
10 à 11 ans . . .	9	5	4	4	1
11 à 12 ans . . .	8	1	7	2	0
12 à 13 ans . . .	5	»	5	2	0
13 à 14 ans . . .	6	2	4	5	1
14 à 15 ans . . .	6	3	3	3	0
15 à 16 ans . . .	3	2	1	1	0
16 à 17 ans . . .	»	»	»	»	»
17 à 18 ans . . .	»	»	»	»	»
18 à 19 ans . . .	»	»	»	»	»
19 à 20 ans . . .	1	»	1	»	»
20 à 25 ans . . .	2	»	2	»	»
TOTAUX.	91	40	51	28	5

Ces résultats, exceptionnellement favorables, doivent être attribués à l'influence du climat marin. Les enfants qui nous sont confiés au sanatorium sont soumis pour la plupart à un traitement purement hygiénique. Les soins généraux, la bonne alimentation (chaque âge a son régime), les pansements réguliers, l'immobilisation en bonne position des membres malades sont pour presque tous nos enfants suffisamment efficaces. La chirurgie sanglante doit être le plus possible évitée au sanatorium, tout au moins dans la tuberculose active, et en regard des résultats généraux que nous venons de donner, voici notre statistique opératoire :

Depuis 4 ans, dans le service des filles qui nous est confié (représentant environ la moitié de la population infantile), nous avons pratiqué des interventions sanglantes de moins en moins nombreuses pour les lésions tuberculeuses *en activité*. Leur nombre s'est élevé :

en 1902-1903... à 35
en 1903-1904... à 25
en 1904-1905... à 6
en 1905-1906... à 5

Si nous entrons dans le détail des interventions pratiquées, nous relevons presque exclusivement, pour la tuberculose en activité, des grattages et des incisions pour drainage.

Pas une seule fois nous n'avons exécuté la résection du genou pour tumeur blanche, ni une amputation au-dessus du métatarse ou du métacarpe. Si ces interventions peuvent présenter des indications dans la pratique urbaine, elles n'en ont presque jamais au sanatorium.

Chez les rachitiques jeunes, les succès obtenus sont peut-être encore plus frappants que chez les tuberculeux. L'amélioration de l'état général est extrêmement et tôt marqué, et le redressement des courbures s'opère avec une rapidité surprenante.

En résumé, la chirurgie sanglante a été aussi restreinte que possible au sanatorium chez les tuberculeux et les rachitiques. Il n'en a pas été de même pour les tuberculeux guéris ni pour les rachitiques ossifiés et âgés. La chirurgie orthopédique a été hardiment entreprise. Nous nous trouvons ici dans les meilleures conditions opératoires possibles, et nous n'hésitons pas à pratiquer les interventions les plus graves et les plus complexes dès que leurs indications se posent légitimement ; aussi, dans notre service où la grande majorité des enfants sont des tuberculeux actifs, nous avons pratiqué, en dehors de la tuberculose active :

en 1902-1903... 19 interventions
en 1903-1904... 27 »
en 1904-1905... 25 »
en 1905-1906... 18 »

c'est-à-dire plus que pour tuberculoses en activité.

Dans ce nombre, nous comptons de grandes interventions sur la hanche, le genou, l'articulation tibio-tarsienne, etc.

Notre statistique opératoire, depuis quatre ans, ne comprend qu'un décès : une de nos fillettes, rachitique, a succombé, en 1904, à une crise d'appendicite aiguë malgré l'intervention.

La statistique opératoire de notre collègue, M. le Dr Lambret, a donné :

Statistique 1903-1904
(Copie du rapport annuel de M. le Dr Lambret).

a) *Coxalgies.* — Nous avons pratiqué dans cette affection :

1° Ouvertures et drainages d'abcès de hanche : 3 fois.

2° Grattage et cautérisations profondes d'anciennes fistules : 2 fois.

3° Redressement et pose d'appareil sous le chloroforme : 2 fois chez deux malades de l'extérieur.

4° Ostéotomies sous-trochantériennes : 4 fois.

b) *Tumeurs blanches du genou* :

1° Redressement sous le chloroforme : 4 fois.

2° Arthrectomies et grattage du tibia : 1 fois.

3° Amputation de cuisse : 1 fois.

c) *Tumeurs blanches du cou-de-pied* :

1° Grattage et cautérisations profondes : 2 fois.

2° Redressement : 1 fois.

d) *Tumeurs blanches du coude.* — Pose d'appareil sous le chloroforme en flexion : 1 fois.

e) *Fistules anales* — Cure radicale : 1 fois.

f) *Ostéites des doigts* — Amputation : 1 fois.

g) *Ostéomyélite.* — Evidements du tibia : 2 fois.

h) *Pieds bots et paralysies infantiles* :

1° Ténotomie du tendon d'Achille : 4 fois.

2° Arthrodèse : 1 fois.

3° Tarsectomie : 1 fois.

i) *Ablation de corps étranger de l'urètre par urétrectomie externe.* — 1 fois : malade de l'extérieur.[1]

j) *Appendicite.* — Ouverture d'abcès rétro-cæcal : 1 fois.

STATISTIQUE 1904-1905

Evidement du tarse	2	fois
Redressement du genou	3	»
Ténotomie et myotomie des muscles de la hanche	1	»
Ostéotomie sous-trochantérienne	2	»
Ostéotomie du tibia	1	»
Trépanation du fémur	2	»
Trépanation du tibia	2	»
Résection costale	1	»
Ténotomie du tendon d'Achille	1	»
Raccourcissement des tendons extenseurs et arthrodèse tibio-tarsienne	2	»

Enfants des Colonies scolaires

Ce sont des écoliers, adressés au sanatorium par les municipalités de plusieurs villes du Nord ; ils sont choisis parmi les plus chétifs par les médecins des écoles et le médecin résident du sanatorium. Ils séjournent à Saint-Pol un mois, exceptionnellement deux ou trois. Leur nombre moyen annuel est de près de 700.

Chez presque tous ces enfants, la cure d'air amène une réelle transformation de l'état général, très frappante, bien qu'on ne puisse la réduire en chiffres, et une augmentation de poids, dont les relevés du rapport administratif, aussi documenté que consciencieux de M. LESPILETTE, directeur de l'établissement, peuvent donner une idée. Le dernier relevé est de 1904 :

526 enfants ont été envoyés, en 1904, à Saint-Pol, en colonies scolaires ; 22 ont été refusés à l'entrée ou repris par les parents, au cours du séjour ; 26 ont diminué de poids (de 100 grammes à 1 kilogramme).

29 n'ont pas changé de poids.

449, soit 85,36 °/o ont augmenté de poids :

239	de	100	à	900	grammes
180	de	1000	à	1900	»
23	de	2000	à	2900	»
5	de	3000	à	3900	»
2	de	4000	à	5000	»

L'augmentation de la taille et du périmètre thoracique est proportionnelle. Elle est en moyenne le double de ce qu'elle est normalement chez les enfants du même âge.

Messieurs, le Sanatorium de Saint-Pol est appelé à disparaître prochainement. S'il a rendu de très grands services, il a surtout été une vaste *expérience thérapeutique*. Dix-huit années d'observation continue ont démontré la parfaite efficacité du traitement de la tuberculose osseuse et ganglionnaire par la cure d'air marin sur la côte la plus septentrionale de France. Le rude climat de la mer du Nord diffère notablement de celui de la Manche. Le grand vent froid du large s'y fait bien mieux sentir que de l'autre côté du Gris-Nez. Sans doute, pour les grands nerveux, pour les cardiaques, l'air est trop vif, trop dur, il est mal supporté des poitrinaires, il est le salut des rachitiques et des scrofuleux. Quand je suis arrivé au Sanatorium de Saint-Pol, connaissant bien pourtant cette région du Nord où je suis né, j'ai quelque peu craint l'influence du grand air vif, j'avais tort. Les enfants supportent admirablement l'aération large ; elle leur est nécessaire, indispensable. La meilleure démonstration, c'est une amélioration rapide qu'on constate chez les enfants qui passent de l'infirmerie aux valides, c'est-à-dire directement sur la plage, et qui est la règle presque absolue. Aussi, tous nos efforts tendent-ils à permettre aux enfants de profiter le plus largement du grand bain d'air, âpre et stimulant, en les envoyant aussitôt que possible aux valides, et sans cesser de considérer l'immobilisation comme un admirable agent thérapeutique, les mettant debout, au besoin sur des appareils de marche, malgré plâtre et pansements. *Bains d'air, bains de lumière, bains de sable, bains de mer, cela vaut mieux que la curette tranchante.*

II. — Sanatorium de Zuydcoote

Ces principes ont guidé M. VANCAUWENBERGHE, président-fondateur de l'œuvre, dans la création du nouveau Sanatorium de Zuydcoote. Le Sanatorium marin de Zuydcote sera ouvert dans quelques mois.

Il était bon de permettre au plus grand nombre possible d'enfants de profiter des bienfaits de la cure marine. C'est le plus grand établissement de ce genre, au moins en Europe et, sans aucun doute, le modèle des sanatoriums-hôpitaux marins.

Construit en bordure de mer, à l'extrémité Nord de la France, à 8 kilomètres de Dunkerque, il s'étend sur une superficie de 98 hectares. Il est destiné à recevoir 1.000 enfants. Avec sa ferme-annexe, ses machines et toutes ses installations complémentaires, il coûtera bien près de dix millions.

Dix pavillons de vingt-huit lits, séparés de vingt mètres les uns des autres, sont les dortoirs des infir-

meries, et tous ces pavillons, baignés d'air et de lumière, communiquent, par des galeries vitrées, avec un long bâtiment de 400 mètres, exactement en bordure de mer, et comprenant autant de *galeries d'aération* que de dortoirs correspondants. Ainsi, les enfants passent la journée dans le pavillon situé le plus directement sur la plage même, et cette combinaison des galeries d'aération pour le jour et des dortoirs pour la nuit permet la revivification incessante de l'air dans les pavillons. Pour permettre ce transfert, les lits d'infirmerie sont construits de telle sorte qu'un enfant pourrait les déplacer d'un pavillon dans l'autre.

Autre principe : toutes les constructions destinées à recevoir les enfants hospitalisés sont au rez-de-chaussée, et de la forme ogivale déjà adoptée à Saint-Pol.

Les enfants doivent vivre le plus possible au dehors sur la plage. Celle-ci, magnifique, de sable fin, en pente douce, est bordée d'une digue longue de 700 mètres et large de 40, construite devant les pavillons.

Les garçons et les filles quasi-valides sont sous la direction d'instituteurs et d'institutrices, chargés surtout de la discipline, de la surveillance de perpétuelles récréations et de l'éducation physique et morale des enfants.

En cas de pluie, de grands abris couverts leur laissent le bénéfice des bains d'air ; en cas de trop mauvais temps, de grandes salles couvertes et closes les protègent.

Des salles de bains (bains de mer), de douches, de gymnastique, sont annexées aux pavillons.

Le sanatorium se suffit à lui-même, il fait son électricité, sa bière, son pain, etc.

Des salles d'isolement pour contagion ont été prévues et placées à l'opposé de la plage.

Toute cause de contagion est évitée autant qu'il est possible. Dans un pavillon spécial pour la réception des malades, placé tout à l'entrée, les entrants seront examinés, baignés, revêtus de vêtements désinfectés.

Dans le sanatorium même, la séparation des infectés et des aseptiques est complète. Deux belles et claires salles d'opération, avec tous les perfectionnements les plus modernes, s'avancent sur la digue même. Les services administratifs et auxiliaires sont séparés des pavillons de malades.

On construit actuellement comme annexe au sanatorium une « ferme qui devra utiliser et canaliser vers la terre les aptitudes indécises des petits convalescents, dont il sera bon de faire des ouvriers agricoles, vivant au grand air, au lieu de les renvoyer dans les usines ou les mines ; puis viendra, après la ferme, un bois de sapins pour les promenades en mi-saison, lorsque la plage sera trop rigoureuse pour les petits malades (1).

Je ne veux pas prolonger une description forcément aride. Les photographies et dessins que je me permets de placer sous vos yeux, et les légendes qui accompagnent ces documents vous donneront, du reste, une idée plus exacte de ce que sont les deux établissements dont j'ai eu l'honneur de vous exposer en quelques mots les principes directeurs, le rôle et, j'ose le dire, les bienfaits.

« Nous voulons, écrit M. G. Vancauwenberghe, Président-Fondateur du Sanatorium, dans une étude sur les considérations générales qui lui ont inspiré le tracé du nouveau plan, refaire, aux bords de la mer, la santé de ces petits enfants qui, jusqu'à ces dernières années, végétaient désespérément dans les Hôpitaux des villes, sans chances de guérison, obérant inutilement les ressources de l'Assistance.

» Nous voulons, suivant une formule qui nous est chère, supprimer la souffrance de toutes ces innocentes victimes de tares dont elles sont irresponsables, et avec le concours de tous, l'aide puissant de l'Etat et les énergies de l'initiative privée, nous voulons dans le milieu réparateur de la grande régénératrice qu'est la mer, guérir leurs maux et en faire des êtres utiles à eux-mêmes et à la société. »

De la localisation des exanthèmes sur les membres touchés par les affections spasmo paralytiques.

par le Dr **Bertin**, médecin adjoint des hôpitaux

La façon dont se comportent les exanthèmes de la syphilis et des fièvres éruptives au niveau des membres atteints d'affections spasmo-paralytiques est une question demeurée longtemps assez obscure et dont la pathogénie commence à peine à être élucidée. C'est ce qui nous a poussé à ajouter une nouvelle observation à celles qui ont été signalées jusqu'à ce jour.

(1) A. Vallet : Le Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. Lille, 1906.

Le malade est un homme de 25 ans, d'apparence assez malingre. Il a eu dans l'enfance des accidents convulsifs qui l'ont tenu au lit pendant six à huit mois et qui ont entraîné une atrophie assez marquée des muscles de la jambe et de la cuisse. Il s'agit d'une paralysie infantile banale, ayant porté sur le membre inférieur droit. Dans l'adolescence, le malade est atteint de bronchites fréquentes (on trouve d'ailleurs des signes de tuberculose au sommet du poumon droit. Depuis plusieurs années, il s'est livré à de nombreux excès alcooliques.

Au mois de juillet dernier, cet homme contracte la syphilis. Il ne peut nous renseigner sur la nature exacte des accidents qu'il a présentés à cette époque, mais les cicatrices multiples qu'il porte sur la verge et qui semblent avoir coïncidé avec le début de sa maladie peuvent faire supposer qu'il s'agissait de chancres multiples. Quoi qu'il en soit, six semaines environ après ces premiers accidents génitaux, il entre dans le service de M. le Professeur Charmeil, et l'on constate le début d'une syphilis secondaire : roséole, syphilides muqueuses, etc. Il est soumis à quatre injections d'huile grise et quitte le service.

Trois semaines plus tard, il se présente de nouveau à la consultation, mais les accidents sont alors beaucoup plus graves Le corps est couvert de syphilides ulcéro-croûteuses d'étendue et de profondeur variables ; sur les amygdales on trouve des syphilides ulcéreuses, sur la langue et sur la face interne des joues des accidents érosifs, l'état général est mauvais ; le malade a considérablement maigri, il se plaint de maux de tête, les maux de gorge l'empêchent de se nourrir. Il s'agit en somme de syphilis maligne précoce, qu'expliquent très bien les antécédents alcooliques et tuberculeux du sujet.

Mais ce qui est intéressant, c'est la localisation de l'éruption. Nous remarquons en effet que le membre paralysé est presque entièrement respecté. Tandis que sur le membre sain nous trouvons de nombreuses syphilides ulcéro-croûteuses disséminées, du côté malade, au contraire, nous en trouvons à peine trois ou quatre. Encore convient-il d'ajouter qu'elles siègent à la racine du membre, qui a été peu touché par la paralysie, alors que la jambe et le pied, qui sont considérablement atrophiés, sont restés absolument indemnes.

En résumé, dans cette observation, l'éruption généralisée sur tout le reste du corps a presque entièrement respecté le membre atrophié par la paralysie infantile. C'est d'ailleurs ce qui s'observe le plus souvent, si l'on s'en rapporte aux travaux parus jusqu'à ce jour : Boulogne (1) dans sa thèse inspirée par M. le professeur Charmeil, signale deux observations absolument identiques à la nôtre. Jolly (2), Thibierge (3) en rapportent également deux cas. Au cours des maladies infectieuses, le même phénomène s'observe : Charmeil et Raviart (4) le signalent dans la variole, Launois (5)

(1) Boulogne. — Thèse de Lille 1897.
(2) Jolly. — Société médicale des hôpitaux, 1896.
(3) Thibierge. — Société médicale des hôpitaux, 1897.
(4) Charmeil et Raviart. — Echo médical du Nord, 1897.
(5) Launois. — Société médicale des hôpitaux, 1897.

dans la rougeole, Janin de Saint-Just (1) dans la scarlatine. Il en est de même pour les érythèmes toxiques, tel que l'urticaire (Feré) (2).

Voici donc un ensemble de faits suffisamment probants : les exanthèmes généralisés peuvent respecter complètement ou effleurer à peine les membres touchés par les affections spasmo-paralytiques.

Mais d'autre part, un certain nombre d'observateurs ont signalé des faits absolument contradictoires, dans lesquels l'éruption avait atteint son maximum de confluence au niveau du membre paralysé : Chevalier (3) et Feré (4) ont signalé le fait pour la variole, Etienne (5) pour le pemphigus, Matignon (6) pour la furonculose, Emily (7) pour l'acné.

Comment expliquer ces observations en apparence tout à fait contradictoires ?

Que l'exanthème soit produit par des embolies microbiennes, ou qu'il soit le résultat de troubles vasomoteurs d'origine toxique, peu importe. Il nous suffit de savoir que sa distribution est intimement liée à la circulation sanguine. Dès lors, on comprend très bien que toutes causes capables d'occasionner des troubles circulatoires pourront en même temps modifier la distribution d'une éruption cutanée.

Or, la physiologie nous apprend que des troubles circulatoires existent toujours au niveau des membres paralysés ou atrophiés. Le plus souvent, il y a un ralentissement de l'activité circulatoire, la température locale est abaissée, ainsi que la tension artérielle. Mais ainsi que l'a montré Parhon (8), qui a fait chez ses malades une étude complète de la tension artérielle, du tracé sphygmographique et de la température locale, il n'en est pas toujours ainsi. Dans certains cas, la circulation est plus active au niveau du membre paralysé.

Cette constatation paraît pouvoir expliquer la distribution si différente des exanthèmes sur les membres touchés par les affections spasmo-paralytiques. La circulation est-elle moins active, comme cela arrive le plus souvent, il est évident que l'éruption sera plus discrète et pourra même disparaître entièrement.

(1) Janin de Saint-Just. — Art. « Scarlatine » du Dict. des Sciences médicales, 1820.
(2) Feré. — Revue neurologique, 1902.
(3) Chevalier. — Thèse de Paris, 1871.
(4) Ferré. — Société de biologie, 1889.
(5) Etienne. — Presse médicale, 1898.
(6) Matignon. — Médecine moderne, 1893.
(7) Emily. — Thèse de Bordeaux. 1892.
(8) Parhon. — Société des Sciences Médicales de Bucarest, 1905. — Parhon et Papinian. — Société de Neurologie, 1905.

Est-elle au contraire plus active, l'éruption sera plus confluente.

Cette théorie nous paraît expliquer suffisamment tous les faits observés jusqu'à ce jour. Sans doute faut-il tenir compte en même temps, dans quelques cas, d'autres facteurs tels que l'hypothermie locale, l'état de nutrition défectueux des éléments cellulaires qui sont devenus un mauvais terrain pour le développement des germes infectieux, etc.

Mais il ne s'agit ici que de causes adjuvantes, qui ne peuvent être invoquées que dans certains cas particuliers et ne répondent nullement à la totalité des faits. Seule, la théorie circulatoire paraît expliquer complètement toutes les observations : c'est la conclusion qu'il nous semble logique de tirer de cet article.

Faux travail dans un cas de pseudo-grossesse d'origine hystérique

Par MM. **E. Verhaeghe**, interne, et **Ed. Duvillier**, externe.

Le 14 août 1906, se présentait à la Maternité, la nommée A. D..., 38 ans, se disant enceinte de huit mois environ et en travail. En voici l'observation :

Antécédents héréditaires. — Père mort de dysenterie aux Indes. Mère morte à 35 ans d'hémorrhagie par la bouche; a présenté des crises nerveuses avec perte de connaissance.

Antécédents collatéraux. — Une sœur et deux frères morts tout jeunes. La patiente ignore s'ils ont eu des convulsions. Deux frères vivants et bien portants. Une sœur très nerveuse.

Antécédents personnels. — Née à terme, la malade n'a commencé à marcher qu'à quatre ans et demi. Elle dit avoir eu le « gros ventre » étant petite. Actuellement, on ne constate pas de signes nets d'un rachitisme ancien.

Les règles, apparues à quatorze ans, ont été régulières depuis et d'une durée de quatre à cinq jours.

Mariée une première fois à dix-huit ans, à un mari bien portant, elle eut deux enfants qui moururent, l'un à quatre ans de méningite, l'autre du croup. De plus elle accuse une perte à six mois.

De son deuxième mariage elle n'a pas encore d'enfant, le mari est bien portant.

Les accouchements ont été normaux. Lever au neuvième jour. Les enfants ont été nourris au sein.

Dès sa jeunesse survinrent des crises nerveuses ; ces crises, presque toujours pressenties par la malade, débutaient par un cri suivi de chute avec perte de connaissance, mais toujours sans traumatisme, sauf une fois où un doigt fut pris dans un métier. Il y aurait eu, paraît-il, au cours des crises, des morsures de la langue et des lèvres et de l'écume à la bouche mais jamais de mictions ni d'émission involontaire de matières fécales. Après la crise, la malade pleurait et urinait abondamment. Pas de souvenance de ce qui s'était passé. Pas de céphalée, ni de sommeil prolongé, ni d'épuisement.

Les crises n'avaient rien de périodique n'étant en rapport qu'avec l'irrascibilité du caractère de la malade.

Histoire de la grossesse supposée. — Il y a huit mois, les règles qui, habituellement, duraient quatre ou cinq jours, diminuèrent considérablement, l'écoulement faible se tarit au bout de un jour et demi. Bientôt apparurent des vomissements, de la céphalée, de la toux, de la boulimie alternant avec du dégoût pour les aliments. A chaque époque, léger écoulement sanguin ne dépassant pas un jour ou un jour et demi. Quatre mois plus tard les seins commencèrent, paraît-il, à grossir et à être le siège de démangeaisons, le ventre grossit peu à peu, et à une époque que la malade fixe à quatre mois et demi de grossesse, des mouvements fœtaux se seraient fait sentir.

Depuis deux ou trois mois les vomissements ont cessé ainsi que les crises nerveuses.

La malade pensait arriver à terme à la fin de septembre et était heureuse d'attendre un enfant qu'elle désirait beaucoup. Le 13 août, elle fut effrayée par l'orage. Le 14, à 2 heures de l'après-midi, après avoir dîné comme de coutume, elle s'endormit, il fallut la réveiller. En sortant de son sommeil elle eut un frisson et subitement se déclarèrent des douleurs dans les reins et le ventre avec irradiations aux cuisses. A ce moment, elle perdit, dit-elle, un peu de sang.

S'en rapportant à ses grossesses antérieures et sentant les douleurs se répéter toutes les 5 minutes, cette femme se décida à venir à la Maternité, où elle entre aussitôt.

Arrivée dans le service, elle ne peut rester couchée et se promène en se tenant les reins ou l'abdomen, s'arrêtant parfois pour prendre point d'appui sur le lit, puis marche à nouveau, fléchissant les jambes. Bref, elle a l'aspect extérieur d'une femme en travail. Bientôt, elle déclare perdre de l'eau. On la fait coucher pour l'examiner et bientôt en effet on voit son drap se mouiller, non de liquide amniotique, mais d'urine.

A l'inspection, on ne note pas de varices ; mais quelques varicosités superficielles à la face interne des cuisses. Le volume de l'abdomen correspond assez exactement à une grossesse de huit mois. Il n'y a pas de pigmentation de la ligne blanche ni de vergetures récentes. On en remarque d'anciennes. L'ombilic n'est pas déplissé. Aucune partie fœtale ne se dessine. L'abdomen est uniformément développé sans aucune déformation qui puisse faire penser à un utérus gravide. De temps à autre, on perçoit dans la paroi abdominale des soubresauts, des contractions localisées unilatérales, mais l'abdomen ne prend pas de forme globuleuse.

La percussion révèle un tympanisme uniformément réparti à tout le ventre.

La palpation ne permet pas de sentir la vessie

distendue ; le ventre est tendu et résiste à la main. Pas de fluctuation ni de sensation de flot. Pas de ballottement abdominal. La main qui explore le ventre perçoit les contractions locales déjà signalées. La palpation profonde est négative. Pas de pôle fœtal engagé ni appréciable. On ne sent pas non plus de pôle dans aucune région de l'abdomen, Aucun plan résistant. Aucun petit membre perceptible.

L'hypothèse d'une grossesse ne se précisant pas jusqu'ici, on recommande à la malade de respirer largement, les cuisses fléchies, et l'on constate avec surprise que les mains appliquées sur le ventre le dépriment jusqu'à permettre de sentir la paroi postérieure sans être arrêtées par aucun obstacle. L'auscultation ne révèle pas de souffle et le stéthoscope ne laisse nulle part entendre de bruit qui puisse être rapporté à un cœur fœtal. Seuls des borborygmes intestinaux sont perçus.

L'exploration des organes génitaux montre que la vulve a sa coloration normale. Le vagin ne donne pas de sensation de mollesse et sa muqueuse n'est pas violacée. Le doigt en ramène un peu de liquide visqueux, sanguinolent. Le col est dur, en situation normale, mobile, non perméable. Le corps utérin est dur, de volume normal, légèrement dirigé en arrière. A la mobilisation de l'utérus, la femme dit souffrir légèrement à gauche. Bien entendu, on ne perçoit aucun ballottement vaginal. Les culs-de-sac sont souples et libres.

La malade est sondée et on retire 200 gr. d'urine claire.

Le palper et le toucher combinés ne révèlent aucune tuméfaction abdominale.

Les seins sont pendants, piriformes et flasques. Ils ne présentent aucune hypertrophie glandulaire, bien que la patiente affirme que leur volume a augmenté dans ces derniers temps.

L'aréole n'est pas pigmentée, le mamelon n'est pas saillant. Il n'y a pas de tubercules de MONTGOMERY. La pression ne fait pas sourdre de colostrum, la circulation veineuse n'est pas exagérée.

L'état général est satisfaisant. La femme prétend être enceinte et n'entend pas s'être trompée. Son caractère est facilement irritable.

La face présente des cicatrices de variole et ne porte pas le masque de la grossesse.

Sur la partie gauche du cou on voit un goître de la grosseur du poing, et dont le volume est, paraît-il, variable.

La malade dit avoir eu quelquefois la voix rauque et des palpitations, mais n'en plus avoir.

Pas de tremblement; pas d'exophtalmie; pas de troubles respiratoires.

L'examen des réflexes montre que le réflexe conjonctival est très diminué, le réflexe cornéen restant normal, le réflexe pharyngien est très marqué. Le « patellaire » et le « plantaire » sont normaux.

La malade a le « clou hystérique » et un point mammaire à droite.

Il ne semble pas y avoir d'anesthésie en manchette ni en brodequin ; pas d'anesthésie segmentaire. On note cependant par moments du retard de la sensibilité, surtout du côté droit.

Quant aux organes des sens, la femme déclare avoir remarqué depuis quelques mois une diminution de son acuité visuelle, des éblouissements, des surdités passagères et des sifflements dans les oreilles.

Le diagnostic de fausse grossesse paraissant évident, la patiente est avertie de son erreur, mais elle ne l'accepte pas. Elle reconnaît dans sa situation actuelle tous les signes du travail dont elle a l'expérience. Toutes les affirmations sont impuissantes à la convaincre et c'est dans un mouvement de colère qu'elle sort le matin de l'hôpital pour « aller accoucher en ville ».

Dans la seconde partie de la nuit, les douleurs ont diminué suffisamment pour permettre à la malade de dormir.

Cette observation nous a paru intéressante non pas au point de vue de la fausse grossesse dont il existe de nombreuses observations, mais au point de vue du faux travail survenu chez une multipare, d'autant que des symptômes subjectifs comme la perception de mouvements fœtaux et même des symptômes objectifs comme la présence des contractions, le volume du ventre et la perte de liquides expliquaient la persistance que mettait la femme à défendre son expérience.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 12 Octobre 1906

Présidence de M. NOQUET, Président

Méthode de Bier

Le Docteur Debeyre montre un jeune garçon de quatorze ans et se demande quelle est actuellement la méthode qui pourrait, comme dans le cas exposé, guérir en moins d'un an une tuberculose articulaire, avec conservation de tous les mouvements ?

La méthode de BIER qui, il faut bien le dire, n'est pas, de ce fait, la panacée universelle, a pu produire ce merveilleux résultat.

Atteint d'ostéite de l'extrémité inférieure du tibia et de synovite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne, l'enfant porte sa lésion depuis deux ans.

Quand il fut soigné pour la première fois dans la Clinique chirurgicale infantile, en novembre 1905, l'articulation était très volumineuse et la fistule aboutissait à la région épiphysaire.

La bande élastique fut appliquée une heure pendant les huit premiers jours, trois heures pendant les huit jours suivants, six heures journellement pendant les mois de

décembre et janvier, douze heures pendant les mois de février, mars et avril, vingt-quatre heures environ pendant le mois de mai. A ce moment, l'enfant quittait l'hôpital et il mit sa bande lui-même chaque jour depuis son départ, c'est-à-dire pendant cinq mois.

Ce cas n'est pas unique et nous en réunirons sous peu un grand nombre très intéressants.

M. Debeyre montre ensuite une série de ventouses servant à la méthode de Bier, rapportées de Zurich par M. le professeur Gaudier et détaille en quelques mots leur mode d'application.

M. **Gaudier** donne des renseignements complémentaires sur la façon de procéder du professeur Bier, renseignements qu'il a recueillis de visu.

M. **Le Fort** demande à s'inscrire pour une communication générale sur la méthode de Bier, à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Kyste du creux poplité chez un enfant de onze ans

MM. **Gaudier** et **Bernard**. — Les kystes poplités sont exceptionnels dans l'enfance : ce qui fait la rareté de l'observation suivante : Il s'agit d'un enfant très bien portant entré dans le service de Clinique Chirurgicale infantile pour un kyste de la face interne du creux poplité droit et dont l'histoire est la suivante : Il y a un an, traumatisme du genou suivi de l'apparition d'une hydarthrose qui se résorba graduellement en une quinzaine de jours. Deux mois environ après, alors que l'hydarthrose était oubliée, le petit malade remarque une tumeur située dans le creux poplité droit, ovoïde, indolore, ne gênant pas la marche, qui grossit petit à petit et atteignait le volume d'un gros œuf quand il entra à l'hôpital.

Cette tumeur est manifestement un kyste avec tous ses caractères classiques, probablement développé dans la bourse commune du jumeau interne et du demi-membraneux.

Nous n'insistons pas sur le diagnostic, ne voulant retenir que deux faits :

1° Son développement après une hydarthrose traumatique du genou.

2° L'âge de son apparition, onze ans.

Poirier, pour expliquer la rareté des kystes chez l'enfant, fait remarquer qu'à cette période de la vie, les bourses séreuses ne communiquent pas avec le genou.

Le traitement a consisté en l'extirpation la plus complète du kyste, ce qui d'ailleurs est à peu près impossible étant donné ses connexions avec les gaines tendineuses. Le contenu était colloïde. Le kyste était bien développé dans la bourse du jumeau interne et du demi-membraneux. Il devait y avoir une communication avec l'articulation, mais qui n'a pu être retrouvée.

Double luxation congénitale du radius (Présentation de radiographie).

MM. **Gaudier** et **Bernard**. — La luxation congénitale du radius n'est pas fréquente et Hoffa et Sonnenberg en ont trouvé trente-et-un cas, dans lesquels le déplacement douze fois était bilatéral.

Ce déplacement se fait en avant, en dehors, ou en arrière. L'aspect clinique est celui d'une luxation traumatique. Le fonctionnement du coude est souvent entravé, et consiste en une limitation des mouvements de flexion, d'extension et souvent aussi de pronation et de supination. En général, il se produit des déformations de la tête du radius qui est allongée, sphérique, parfois dépouillée de son cartilage.

Dans le cas présent, il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, de très bonne santé générale, et dont le père et le grand-père (fait curieux et signalé dans nombre de cas analogues) présentaient la même difformité. La luxation est bilatérale.

La flexion est complète ; mais l'extension est incomplète surtout à droite. La pronation et la supination sont impossibles et l'avant-bras est dans une position intermédiaire.

A la vue, on constate la présence d'une saillie volumineuse entre l'olécrane et l'épicondyle. Cette saillie roule sous le doigt qui la palpe dans les essais de rotation de la main, le cubitus est normal.

Il n'existe pas d'atrophie musculaire et grâce à la souplesse de l'articulation de l'épaule, ce jeune homme se sert de son membre avec une grande habileté : Cette double luxation n'a pas trouvé grâce devant le conseil de révision, et celui qui en est porteur, fait deux ans de service, il est vrai dans les bureaux.

Outre cette luxation congénitale, ce jeune homme présente aussi l'absence d'ongles au pouce et à l'index des deux mains. Cette absence d'ongles se retrouvait chez son père et existe aux mêmes doigts chez quatre de ses frères et sœurs.

M. **Gaudier** présente un calque d'une luxation analogue, dont le radiogramme et l'observation dûs au professeur Th. Kölliker de Leipzig, peuvent être consultés dans le cinquième volume du *Traité de Chirurgie orthopédique allemand*, de Joachimstaal.

Perforation de l'estomac

MM. **Minet** et **Bricout** présentent à la Société une pièce prélevée à l'autopsie d'un malade décédé dans le service de M. le professeur Combemale. C'est un estomac très dilaté, présentant au niveau de sa face antérieure, dans la région pylorique, un ulcère rond ancien perforé récemment.

Le malade, âgé de 53 ans, était entré dans le service de M. le professeur Dubar avec des hématémèses graves, du

mélœna, une douleur violente au creux épigastrique, et des symptômes d'anémie suraiguë. Il resta trois jours dans le service de chirurgie ; le quatrième jour, les hématémèses ayant cessé, on le fit monter dans le service de M. le professeur Combemale, où il mourut, quelques heures après son arrivée, d'hématémèse foudroyante. Notons qu'à aucun moment de son séjour à l'hôpital, le malade n'avait présenté des signes de péritonite ; le ventre était resté souple, le pouls s'était simplement affaibli du fait de l'hémorragie, le facies était celui de l'anémie aiguë ; il n'y avait ni constipation ni douleur abdominale (sauf la douleur de l'ulcère, au creux épigastrique).

L'autopsie, pratiquée le lendemain de la mort, nous réservait la surprise d'une péritonite généralisée, avec fausses membranes nombreuses, agglomération des anses intestinales, liquide louche dans le bassin. Nous en trouvâmes la cause dans la perforation d'un large ulcère de la face antérieure de l'estomac, ulcère rond, d'un diamètre de neuf centimètres, ayant épaissi considérablement la paroi stomacale, sans amener aucune lésion de périgastrite, et présentant en son centre une perforation, absolument taillée à l'emporte-pièce, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. On voit, au fond de la perforation, deux artères sectionnées, béantes, celles sans doute qui ont ont occasionné les hématémèses.

L'intérêt de cette pièce nous a semblé résider surtout en l'absence absolue de symptômes péritonéaux, alors qu'il existait une péritonite purulente généralisée.

M. J. **Colle** rappelle qu'il a présenté à la Société, le 24 novembre 1905, un cas de perforation stomacale simulant l'occlusion intestinale, dont le diagnostic exact ne put être porté qu'à l'autopsie.

Il s'agissait d'un ulcère rond de la paroi postérieure de l'estomac. Il n'y avait comme symptôme de péritonite que de l'occlusion intestinale, mais pas de vomissements.

Un second cas observé il y a sept ans, dans le service de M. le Professeur Carlier, où l'interne de garde avait fait entrer le malade d'urgence sur le diagnostic « anurie », présentait aussi cette absence de symptômes péritonéaux. Pourtant le malade mourait dans la même nuit et l'autopsie révélait un ulcère rond de la face antérieure de l'estomac. (La pièce existe au musée d'anatomie pathologique de la Faculté).

M. J. Colle insiste sur la dissociation signalée jadis par M. le Professeur Folet, symptômes d'occlusion intestinale ou de péritonite ou même seulement d'intoxication grave « *sans vomissements* », comme signes pathognomoniques des ulcères ronds de l'estomac perforés dans le péritoine.

Rupture traumatique de l'aorte au dessus de sa bifurcation

MM. **Debeyre** et **Tramblin**. — La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société de Médecine, est l'aorte d'un jeune enfant, tombé sur le ventre, d'une hauteur d'environ trois mètres.

A son entrée à l'hôpital, il présentait tous les signes de l'hémorragie interne, due à une rupture probable du foie. Après divers soins nécessités par l'état du blessé, M. le Docteur Debeyre pratique la laparotomie au cours de laquelle aucune lésion des organes internes ne fut relevée, on découvrit uniquement un vaste hématome rétropéritonéal, dont il fut impossible de trouver le point de départ. La mort survint quelque temps après l'intervention.

A l'autopsie, après avoir examiné tous les organes sans y relever de lésions, nous constatâmes une rupture de la face postérieure de l'aorte au-dessus de sa bifurcation. Cette partie du vaisseau avait été comprimée entre la colonne vertébrale et le plan résistant qui avait occasionné le heurt. La paroi abdominale et la masse intestinale n'avaient pas été lésées.

M. **Charmeil** insiste sur la rareté du cas.

Kyste de l'ovaire

M. **Arquembourg** présente un double kyste de l'ovaire enlevé par M. le professeur Oui.

W..., Florine, âgée de vingt-cinq ans, exerçant la profession de ménagère, entre à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, le 11 septembre 1906.

Cette femme a déjà eu deux enfants qui vivent actuellement et sont âgés respectivement de quatre ans et de vingt-six mois ; elle n'a jamais fait de perte.

Réglée très irrégulièrement depuis plusieurs années, elle avait remarqué que la menstruation se reproduisait à date fixe depuis six mois ; mais au début du mois d'août elle commença à perdre du sang sans interruption et elle ressentit des douleurs abdominales continuelles, c'est ce qui la décida à se faire soigner à l'hôpital.

A ce moment, on sent par le palper deux masses situées à droite et à gauche de l'utérus qui ressemblent à des annexes malades. La tumeur de droite a environ le volume du poing et est douloureuse au toucher ; celle de gauche moins grosse n'est pas douloureuse.

Le 27 septembre, après une injection de scopolamine, la malade, chloroformée, est opérée par M. le professeur Oui.

Hémisection de l'utérus par le procédé de J.-L. Faure, décollement des adhérences postérieures et extraction des ovaires malades, on remarque à ce moment que le pédicule de l'ovaire droit est tordu.

Les suites de l'intervention furent normales ; la femme est actuellement guérie.

L'examen des organes enlevés a permis de constater un kyste de l'ovaire droit multiloculaire dont certaines poches contiennent un liquide hémorragique ; le kyste gauche, également multiloculaire, renferme un liquide clair.

Tumeur de l'humérus

MM. **Bédart** et **Dubar**, (d'Armentières), montrent une radiographie d'un membre supérieur. La diaphyse est distendue par des noyaux sarcomateux. Dans le cas présent, la radiographie a permis de faire un diagnostic laissé en suspens. Il s'agissait d'un individu qui, à la suite d'un léger trauma, avait présenté de l'impotence relative du mem bre supérieur.

L'absence de gonflement et de signes physiques avait fait errer le diagnostic.

Illusions radiographiques

M. **Bédart** signale une cause d'erreur dans l'interprétation des épreuves radiographiques. La multiplication des points d'incidence d'une articulation radiographiée dans certaines positions obliques étant une cause de difficulté dans l'interprétation de l'épreuve, il est utile de chercher un moyen de contrôle de la position du membre. Ce moyen, très utile, consiste à projeter sur la radiographie l'ombre du squelette d'un membre similaire.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Contre la stérilité

Le Dr G... (de Lyon) pensant aux rapports intimes qui existent entre l'utérus et le larynx, nous disait dans ses leçons intimes : « Si jamais vous rencontrez un jeune mari se plaignant de l'infécondité de sa femme, conseillez-lui de la faire chanter à haute voix pendant l'actum conjugii, c'est un moyen très bon pour faciliter la conception. » Une fois, j'ai donné ce conseil à un ami qui attendait sa progéniture depuis plusieurs années ; il eut deux enfants coup sur coup ; après quoi il recommanda à sa femme de... bien serrer les dents.

(*Progrès Médical*).

A qui la dent ?

On lit dans le journal *l'Odontologie*, qu'un habitant de Gera (Allemagne) souffrant des dents résolut d'en faire extraire une. L'extraction fut difficile et la dent extraite était si curieuse que le dentiste déclara vouloir la conserver. Le patient la réclama. Le dentiste, se basant sur ce qu'une dent qui a eté arrachée avec le libre consentement du patient est *res nullius* dès qu'elle est sortie de la mâchoire, refusa de la rendre. Le patient s'adressa au tribunal qui condamna le praticien à rendre la molaire.

(*Bulletin Général de Thérapeutique*).

Les sociétés de secours mutuels et l'exercice illégal de la médecine

M. le prof. Arnozan raconte, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, le fait suivant qui est très suggestif :

« Le Médoc est un des pays de France où la croyance aux sorciers n'a jamais faibli, en dépit de toutes les révolutions. Cette croyance est non seulement chère à un grand nombre d'individus, elle est consacrée par les associations, comme en témoigne le fait suivant, qui m'a été raconté récemment par un de nos aimables confrères de cette région.

« Dans une commune, une certaine Société de secours mutuels n'a pas hésité à payer à deux reprises à la famille d'un de ses membres les frais d'un voyage auprès d'une sorcière très réputée des environs de Bordeaux, pour apporter à la voyante un gilet de flanelle ou une chaussette du sujet. Ces deux voyages ont coûté plus de 115 fr. à la Société, qui donne péniblement 210 fr. à celui de nos confrères qui soigne ses nombreux malades pendant toute l'année.

« Ce modeste fait divers n'est-il pas réellement intéressant pour ceux qui s'occupent de l'exercice illégal et des rapports entre médecins et mutualistes ?

La mort de l'appendicite

Détaché d'un petit journal pharmaceutique qui s'intitule : « *Portez-vous bien* ». Nous livrons à nos lecteurs le petit morceau de poésie suivant, que nous avons trouvé amusant :

La mort de l'appendicite

BALLADE.

Elle a vécu ce que vivent les roses,
La maladie au nom coquet et smart,
Destin fatal des plus aimables choses !
La Mode vient de la mettre au rancart.
L'avoir encor serait retardataire :
Les médecins, par décrets absolus,
Ont tout changé — où donc est-tu, Molière ? —
L'appendicite ne se porte plus.
Hier encor, pour l'ombre d'un malaise,
Pour un soupir, pour un peu moins que rien,
On vous mettait le ventre en mayonnaise :
C'était réglé, c'était chic, c'était bien.
Le nouveau jeu, c'est l'entéro-colite.
Ça durera deux ans, trois... Au surplus,
Nous verrons bien. Mais du moins, dans l'élite,
L'appendicite ne se porte plus.
Adieu ciseau, bistouri, ligature.
Pince d'acier au nickel éclatant !
Où donc es-tu, joyeux point de suture,
Qu'un Jalaguier fignolait en chantant ?
Où donc es-tu, doux choc opératoire.
Qui nous laissait à tous jamais perclus ?
Tout, ici-bas, hélas ! est transitoire...
L'appendicite ne se porte plus.

ENVOI (*en forme d'appendicite*)

Princes de la Science, en notre épiderme,
N'introduisez plus vos scalpels goulus,
C'est fini d'ouvrir. Oust ! Messieurs, on ferme,
L'appendicite ne se porte plus.

Jules HEP.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Par arrêté rectoral en date du 29 octobre, M. DESPREZ Victor, étudiant en pharmacie, est nommé aide préparateur de pharmacie à la faculté, en remplacement de M. DUQUENOY, démissionnaire.

— Le 29 Octobre ont eu lieu les épreuves du concours pour l'emploi de chef de clinique médicale, devant un jury composé de MM. les professeurs COMBEMALE, LEMOINE, CHARMEIL, PATOIR, DELÉARDE.

A l'épreuve écrite, est sortie de l'urne la question : *Œsophage ; cancer de l'œsophage.* Restaient dans l'urne : *Canal cholédoque; foie syphilitique. Nerf facial intracrânien ; paralysies radiculaires. Phtisies non tuberculeuses ; le lobule pulmonaire. Dure-mère; symptômes et diagnostic des méningites aiguës.*

A l'épreuve clinique, le candidat a eu à examiner un cas de *myocardite chronique avec emphysème et artériosclérose.*

A l'épreuve de laboratoire, il a été demandé au candidat de déterminer la *flore microbienne d'un crachat de tuberculeux.*

A la suite des épreuves, M. le docteur CAUDRON, Lucien, a été présenté pour les fonctions de chef de clinique médicale.

— Parmi les récentes mutations dans le corps de santé militaire, nous relevons comme intéressant notre région les noms de MM. les docteurs CAHEN, médecin-major de 2e classe, nommé au 127e d'infanterie à Valenciennes; SEIGNEURIN, médecin aide-major de 1re classe, nommé au 84e d'infanterie à Avesnes.

Soutenances de thèses

M. C.-A.-J. CAPRON, de Biache Saint-Waast (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le samedi 3 novembre, sa thèse de doctorat (n° 1) intitulée : **Contribution à l'étude des luxations de l'extrémité supérieure du radius en avant compliquant les fractures du radius.**

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole préparatoire d'Angers. — M. le docteur PAPIN, chargé du cours d'histologie, est nommé professeur d'histologie.

Ecole préparatoire de Besançon. — M. le docteur ZORN, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé en outre, des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

Ecole préparatoire de Reims. — M. le docteur COLLEVILLE, professeur de pathologie interne, est nommé, sur sa demande, à dater du 1er novembre 1906, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. le docteur HENROT, admis à la retraite.

M. le docteur JACQUINET, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, est nommé professeur de pathologie médicale à dater du 1er novembre 1906, en remplacement de M. le docteur COLLEVILLE, appelé à d'autres fonctions.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs GYOUX, de Bordeaux (Gironde) ; CHARCOT, de Beaurepaire (Isère); ROUX, médecin de la marine, à la Rochelle (Charente-Inférieure) ; AURET, de Saint-Laurent d'Aigouze (Gard); FARSSAC et GILLY, de Nîmes (Gard); BLUSSON, de Larche (Corrèze) ;

Henri MAGNIÉ, étudiant en médecine à Paris.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **La vaccination antityphoïdique**, par les docteurs JOB et GRYSEZ, extrait de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, mai 1906.

— **Sur l'origine intestinale de la pneumonie et d'autres affections, phlegmasiques du poumon chez l'homme et chez les animaux**, par MM. CALMETTE, VANSTEENBERGHE et GRYSEZ, extrait de la *Presse Médicale*, septembre 1906.

— **Sur la pénétration des poussières animales et des graisses à travers les parois du tube digestif**, par les docteurs VANSTEENBERGHE et SONNEVILLE, extrait de la *Presse Médicale*, août 1906.

— **Les devoirs et les droits de la Société vis-à-vis des aliénés**, par le docteur J. GRASSET, extrait de la *Revue des Idées*, juillet 1906.

— **Les voies de pénétration de l'infection tuberculeuse et la défense de l'organisme**, par le docteur CALMETTE, extrait de la *Revue Scientifique*, 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Ch. TUAL.

N° 513. Dixième Année. N° 45 Le Numero : 10 centimes 11 Novembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

CAUSERIE HISTOLOGIQUE

Le sécanisme des mécrétions

par **E. Laguesse**,
professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

Que nous sommes loin du temps où RUYSCH (1696) concevait les glandes comme un simple pelotonnement de vaisseaux ! Pour lui, ces vaisseaux, à force de se ramifier, devenaient à un moment donné trop ténus pour laisser passer le sang, et se continuaient alors directement avec les plus fins rameaux des conduits excréteurs, ne livrant issue qu'au liquide sécrété. La sécrétion était alors une simple filtration capillaire. BÉCLARD, en 1823, dans son *Anatomie générale*, admettait encore cette théorie, pour une partie des glandes tout au moins (foie, rein, etc.).

Depuis, Johannes MÜLLER (1830) remit en honneur la conception de MALPIGHI, à savoir que la glande simple est essentiellement formée d'une petite cavité communiquant à l'extérieur par un canal excréteur, et que la glande composée doit être considérée comme une agglomération de glandes simples. Il montra en outre qu'il n'existe aucune communication entre les cavités glandulaires (cavités sécrétantes, acini) et les vaisseaux, répandus simplement en un lacis serré autour d'elles, alors que les disciples de MALPIGHI admettaient encore des pores dans les parois des vaisseaux. Il professa que ce ne sont pas les vaisseaux qui sécrètent : c'est *la paroi même des cavités glandulaires*.

Or cette paroi paraissait formée, souvent sinon toujours, de cellules, et, dès 1824, DUTROCHET avait pu dire que la cellule est l'organe sécréteur par excellence. Mais cette assertion était un peu hardie pour l'époque, et l'on fut longtemps à la prouver.

HENLE n'a-t-il pas soutenu d'abord que la vraie paroi des culs-de-sac glandulaires est leur membrane propre anhyste, et que l'épithélium ne la revêt que comme une sorte d'ornement « à la manière d'un habit de fête. » PURKINJE, SCHWANN, VALENTIN, LEYDIG, KŒLLIKER, et les nombreux histologistes qui suivirent, confirmèrent peu à peu la manière de voir de DUTROCHET.

Mais il fallut encore d'autres travaux pour montrer que le revêtement épithélial n'agit pas le plus souvent à la manière d'un simple filtre laissant passer des substances préexistantes dans le sang, mais qu'il élabore des substances nouvelles à l'aide de matériaux puisés dans ce sang. Johannes MÜLLER l'avait déjà soutenu, mais sans le prouver. GOODSIR (1844), fit faire un pas considérable à la question le jour où il montra que la sépia existe déjà toute formée dans l'intérieur des cellules de la glande du noir de la seiche, et qu'elle y apparaît sous forme de granulations d'abord très petites.

Depuis, et surtout à partir de 1868-1869, les recherches de RANVIER, de R. HEIDENHAIN, de NUSSBAUM, de LANGLEY, etc... ont montré des faits analogues dans les glandes à mucus, et surtout dans les glandes albumineuses ou dans certaines glandes à ferment (salivaires, pancréas, etc..) RANVIER a insisté sur ce fait qu'il existe dans ces cellules deux phases sécrétoires successives : celle qu'on appelle aujourd'hui phase d'élaboration du matériel de sécrétion, et qui se fait lentement, comme insidieusement, — celle qui correspond au rejet de ce matériel, et qu'on appelle phase d'excrétion.

La phase d'excrétion est de toute évidence. C'est elle qu'ont surtout étudiée RANVIER dans la cellule caliciforme, HEIDENHAIN, NUSSBAUM, LANGLEY dans la cellule du pancréas ou de la parotide. Dans ces derniers organes, on peut voir, même sur le vivant, comme l'ont fait KÜHNE et LEA dans le pancréas du lapin), les grains réfringents qui constituent le matériel de sécrétion et qui sont accumulés au sommet (au pôle apical) de la cellule, passer peu à peu dans la lumière de la cavité sécrétante en subissant une sorte de dissolution, de sorte que la cellule tend à se vider peu à peu, et se viderait en réalité s'il n'intervenait bientôt (parfois simultanément) une nouvelle phase d'élaboration dans laquelle reparaissent les grains (1).

(1) Voir encore VAN GEHUCHTEN 1890, 1891, NICOLAS 1888 à 1892 (mécanisme de la sécrétion chez la Ptychoptera,... dans le corps de WOLF etc ..., formation et émission de vacuoles).

Hâtons-nous d'ajouter que l'excrétion n'est pas toujours aussi nette. Bien des cellules glandulaires semblent avoir une sorte de perspiration insensible sans formation de grains ni de vacuoles, et l'acte sécrétoire ne s'y traduit qu'à la longue, par une diminution de volume de l'élément. Pour beaucoup d'auteurs, il en serait ainsi chez les mammifères dans la cellule rénale elle-même, sur le mode de sécrétion de laquelle on est encore incomplètement fixé. Il s'agit ici bien entendu de la cellule des tubes contournés. Au niveau du glomérule, où l'épithélium n'a qu'une épaisseur insignifiante, le processus sécréteur est plus simple encore et se rapproche beaucoup évidemment d'une simple filtration avec sélection, et dans laquelle les conditions de pression jouent un grand rôle.

Mais revenons aux glandes dont le produit de sécrétion se voit facilement dans la cellule sous forme de vacuoles ou sous forme de grains. Ne peut-on pénétrer plus loin dans l'intimité de cet élément? Ne peut-on suivre le mécanisme de l'élaboration comme on a suivi celui de l'excrétion ? C'est là un problème qui a déjà tenté nombre de chercheurs, et plus on s'engage dans cette voie, plus on est surpris de la complexité de ce mécanisme.

La première idée qui vint aux chercheurs que nous avons nommés plus haut, est que l'élaboration se passe exclusivement dans l'intimité du cytoplasma, et que le noyau y est complètement étranger. Il y a quelques années encore, au moment où l'on venait de consacrer de nombreuses études à la caryocinèse ou division cellulaire indirecte, on était porté à croire que le noyau, principal acteur dans ce phénomène, est un organe uniquement destiné à la reproduction et à la transmission des caractères héréditaires.

Aujourd'hui il n'en est plus de même, et bien que les faits dont nous allons parler soient encore controversés ou diversement interprétés, le rôle du noyau paraît de plus en plus important dans les actes les plus essentiels du chimisme cellulaire, et particulièrement dans l'élaboration de substances nouvelles. Il fallait s'y attendre d'ailleurs, après les expériences de mérotomie de GRUBLER, de BALBIANI, de Max VERWORN et d'autres auteurs, qui ont montré chez les Protozoaires ou chez les algues inférieures, combien l'activité, combien le pouvoir de synthèse du protoplasma sont diminués, souvent annihilés, dans les cellules ou fragments de cellules artificiellement privés de leur noyau.

R. HEIDENHAIN, NÜSSBAUM, RANVIER avaient déjà constaté des changements d'état dans le noyau pendant la sécrétion ; mais ces changements semblent être surtout passifs, dus au refoulement ou à la compression du noyau par le matériel de sécrétion accumulé. NÜSSBAUM (1882) signala pourtant dans la cellule pancréatique quelque chose de plus, un état multinucléolé succédant à un état uninucléolé. PLATNER (1889) montra des changements dans l'affinité du noyau et de ses différentes parties pour les colorants. KOSINSKY, STEINHAUS (1888-1890) virent des changements de chromaticité, c'est-à-dire que, en employant une double coloration, la chromatine nucléaire leur apparut d'une couleur différente selon que la cellule glandulaire était au repos ou en activité. Enfin NICOLAS (de Nancy, 1890), dans les glandes mucipares du péripate, constata une véritable participation du noyau à l'acte sécrétoire lui-même. Depuis cette époque, de nombreux travaux sont venus plaider dans le même sens, dans les cellules glandulaires les plus différentes, et en montrant la participation du noyau sous des aspects très variés. Rappelons notamment le travail de Martin HEIDENHAIN (1890) sur les glandes cloacales du Triton, celui de GALEOTTI sur le Spelerpes (1875), celui de DUBOSCQ sur la glande à venin de la Scolopendre (1898), ceux de Madame PHISALIX-PICOT et de VIGIER (1900) sur les glandes à venin des Amphibiens urodèles, celui de HENRY sur l'épithélium épididymaire (1900), celui de LAUNOY sur les glandes à venin et les glandes séreuses des reptiles (1903), etc...

Bien que ces travaux renferment des données parfois contradictoires, le rôle du noyau y apparaît évident, et son activité se manifeste d'une façon très variée.

Il est un mode de cette activité sur laquelle nous insisterons davantage parce que nous avons eu l'occasion de le vérifier, c'est ce qu'on peut appeler la participation indirecte du noyau à l'élaboration par émission de corpuscules figurés dits *Nebenkerne* (noyaux accessoires), ou plutôt *Corpuscules paranucléaires (paranuclei)*, ou *Parasomes*, etc...

C'est NÜSSBAUM (1881) qui a signalé pour la première fois la présence de ces corpuscules dans les cellules glandulaires, et, dès l'origine, il établissait qu'ils sont inconstants et que leurs variations coïncident, pour le pancréas, avec les divers stades de la digestion.

C'est dans le même organe que le Japonais OGATA les étudia en 1883, et, d'emblée, il crut pouvoir leur attribuer un rôle excessivement important. D'après lui, le paranucleus ne serait autre chose que le nucléole émigré du noyau en perforant la membrane. Arrivé dans le protoplasme, il se fragmenterait pour former les grains de sécrétion, c'est à-dire, dans le cas particulier, les grains de zymogène. Dans une cellule épuisée les choses pourraient aller plus loin : la cellule dégénérerait, seul le corpuscule paranucléaire persisterait et régénérerait un noyau puis une cellule entière. Cette seconde hypothèse a dû être complètement rejetée par la suite ; la première a été remaniée par différents observateurs, et notamment par PLATNER (1886-1889) sur le pancréas, par Martin HEIDENHAIN (1890) sur les glandes cloacales du Triton, etc...

On a pu vérifier que le processus était moins simple que ne l'avait d'abord décrit OGATA, bien qu'il ne fût pas toujours identique. Dans les coupes à la paraffine, le nucléole est parfois entraîné par le rasoir, et ce sont sans doute souvent des images de ce genre qu'ont eu sous les yeux les premiers observateurs Mais on voit aussi parfois, comme l'a montré VIGIER par exemple dans le foie de l'écrevisse, le nucléole venir se loger dans une duplicature de la membrane nucléaire et finir par proéminer à l'extérieur. Son rôle ne peut donc plus être nié aujourd'hui ; mais, d'une part, il est loin d'entrer seul en jeu, et, d'autre part, le nucléole ou les parties du noyau qui tombent dans le protoplasme subissent des changements bien autrement importants que ceux qu'avaient cru voir OGATA, et ne se fragmentent pas en grains de sécrétion.

Voici, d'une manière générale, ce qu'on peut observer dans la cellule pancréatique des vertébrés inférieurs (poissons, amphibiens, reptiles), et particulièrement de la salamandre. Quelque temps avant que commence l'élaboration du matériel de sécrétion, on voit augmenter la chromatine nucléaire, disposée en petits amas centraux sur le réseau de linine, et en croutelles périphériques étoilées, parfois anastomosées entre elles, à la surface interne de la membrane nucléaire. De plus, elle tend à changer de chromaticité, devient, par places au moins, moins basophile, perd de son affinité pour le violet de gentiane ou le vert de méthyle. Généralement la cellule contient un nucléole enrobé dans une des massettes de chromatine centrales. Ce nucléole, nettement acidophile, éosinophile, augmente de volume. Au sein d'autres massettes on voit se former, d'abord petits,

puis de plus en plus gros, un ou plusieurs autres nucléoles arrondis : e lnoyau devient multinucléolé. A ce moment il manifeste une tendance ou bien à bourgeonner, ou bien à s'étrangler, mais en deux portions généralement inégales. L'une, qui contient l'un des nucléoles, tend à se flétrir, se sépare de l'autre par une cloison; la chromatine diffuse dans le suc nucléaire qui devient colorable. Finalement toute cette portion, diminuée de volume, semble se figer en masse, se sépare du reste par une cloison, et devient un corpuscule solide, en forme d'ovoïde ou de croissant, accolé à une des extrémités du noyau : c'est un paranucleus. Le nucléole a joué un rôle assez prédominant dans sa formation, mais toutes les substances nucléaires y ont contribué : et l'ensemble a évidemment subi des remaniements chimiques importants, puisque le paranucleus offre des réactions spéciales, qui ne sont celles d'aucune des autres parties de la cellule.

Ce corpuscule se détache bientôt du noyau, et augmente généralement de volume. Il a l'aspect d'une masse solide constituée de couches ou de strates superposées, qui ont tendance à s'écailler vers la périphérie.

Le même noyau peut émettre successivement ou simultanément plusieurs de ces paranuclei ou parasomes. Quelques-uns semblent constitués par le nucléole sorti seul ou presque seul par un procédé analogue à celui vu ailleurs par Vigier, d'autres peuvent se détacher simplement de la surface même du noyau sous forme d'écailles superposées. Quoi qu'il en soit, lorsque le moment de l'élaboration est arrivé, tous ces parasomes se dissocient en écailles, et peu à peu disparaissent, Comme l'a montré le premier Platner, ils semblent se dissoudre dans le protoplasme, et lui apporter simplement les éléments nucléaires indispensables à son travail créateur. Pourtant les écailles semblent parfois donner directement certains filaments dont nous reparlerons. Peut-être les couches superficielles du parasome se transforment-elles simplement en couches de protoplasme, et assurent-elles ainsi le renouvellement graduel de celui-ci.

Ce qui est à peu près certain aujourd'hui, c'est que l'élaboration ne commence pas sans qu'il y ait apport dans le corps cellulaire d'éléments empruntés au noyau, et qui ont pour origine première la chromatine de ce noyau. Aussi certains auteurs (Mathews) ont été jusqu'à dire en partant de là, que, dans toute cellule, le noyau seul possède le pouvoir de synthèse chimique, et que sa substance agit à la manière d'un ferment (chromatin-ferment). D'autres (Macallum) ont montré qu'il existe à ce moment dans la base de certaines cellules (glandes gastriques par exemple) une grande quantité de fer organique, décelable par certains réactifs et provenant de la chromatine nucléaire.

Dans le pancréas et les glandes salivaires des vertébrés supérieurs, la formation des parasomes est moins nette et encore insuffisamment étudiée. Il semble ici que le noyau se divise en deux parties égales ou sensiblement égales, dont l'une dégénère rapidement, en s'effaçant, pour jouer le rôle d'un paranucleus. Garnier, Launoy y ont constaté, nombreuses, ces amitoses. Chez les vertébrés inférieurs d'ailleurs, le processus de contribution du noyau à la sécrétion est aussi un processus d'amitose nucléaire, c'est-à-dire la division directe limitée au noyau, mais de division inégale, et se rapprochant plus ou moins du simple bourgeonnement.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ces phénomènes, c'est qu'on les retrouve avec des variantes dans les glandes les plus diverses. Ainsi, tout récemment (1905-1906), Pacaut et Vigier ont observé des paranuclei à peu près identiques à ceux que nous venons de décrire, dans les glandes salivaires de l'escargot, et aussi bien dans les cellules muqueuses que dans les cellules séreuses.

Rappelons enfin, comme nous l'avons déjà dit, qu'outre l'émission de parasomes, le noyau peut contribuer à la sécrétion par bien d'autres procédés, et notamment par simple diffusion de substances liquides qui peuvent bien souvent échapper à l'observation.

Voici donc le rôle du noyau dans l'élaboration à peu près établi. Mais, renouvelé ou renforcé par les substances nucléaires, le protoplasme, ou plus exactement le cytoplasme, entre alors en jeu, et nous assistons à une nouvelle phase de l'élaboration qui n'est souvent guère moins complexe que la première.

Depuis longtemps certains auteurs (Pflüger, R. Heidenhain, Klein, Eberth, et Muller) avaient signalé l'existence de stries ou de filaments, dans la base de certaines cellules glandulaires. Altmann (1890-1894) mit en évidence par des colorations appropriées, dans la parotide, le pancréas, et d'autres glandes, des filaments bien nets et bien limités, qui, d'après lui, se dis-

socieraient en chaînettes de petits grains, destinés à devenir les grains de sécrétion.

La description de ces filaments, bien que très exacte, passa quelque peu inaperçue, parce que Altmann la compromit en en faisant la base d'une théorie toute particulière de la structure générale du protoplasme. Mais plus tard Mouret, Erik Muller et autres revirent ces filaments. Solger (1894), sans leur assigner de rôle spécial, les décrivit dans les glandes salivaires sous le nom de « filaments basaux ». Enfin, trois élèves de Prenant (de Nancy), Ch. Garnier et les frères Bouin (1897-1899), montrèrent toute l'importance de ces formations. Pour eux, ce sont des portions du cytoplasme plus hautement différenciées (du *protoplasme supérieur*, selon l'expression de Prenant) en vue d'une fonction plus complexe, en vue de l'élaboration. Et c'est ce qu'ils indiquent par un mot nouveau en en désignant l'ensemble sous le nom d'*ergastoplasme*. Ch. Garnier montre que, dans les glandes salivaires notamment, cet ergastoplasme augmente avant la sécrétion, qu'il est fortement diminué ou disparu dans la glande épuisée. Les frères Bouin, d'autre part, établissent qu'il existe non seulement dans les cellules glandulaires, mais en général dans les éléments qui ont des substances nouvelles à élaborer: dans la cellule mère du sac embryonnaire des végétaux phanérogames, dans l'ovule des animaux au moment où il va commencer à grossir, c'est-à-dire à former et à accumuler ses réserves, etc... Dans tous ces cas, le protoplasme différencie d'abord des filaments qui se font remarquer par leur réfringence et leur basophilie relatives, et dont la disparition concorde avec l'apparition du matériel de sécrétion ou des réserves.

On n'est pas absolument d'accord sur le procédé par lequel l'ergastoplasme contribue à la formation des substances nouvelles, ni sur les relations exactes des filaments ergastoplasmiques avec les corpuscules paranucléaires et avec le noyau, et il existe probablement des variations d'organe à organe et d'espèce à espèce. Mais, à l'heure actuelle, un assez grand nombre d'auteurs ont pu observer l'ergastoplasme et se convaincre qu'il joue un rôle dans l'élaboration (1).

En réunissant nos observations personnelles sur le pancréas de la salamandre à celle d'autres auteurs, voici comment nous croyons que les choses se passent dans cet organe. L'ergastoplasme n'est ni toujours, ni à tous les stades, sous la forme de filaments, mais parfois sous forme de massettes plus ou moins irrégulières, de granulations ou de bâtonnets peu allongés. Nous préférons par conséquent un mot nouveau, celui d'*ergastidion* (diminutif d'ouvrier), pour désigner individuellement chacune des particules de protoplasme ainsi différenciées, réservant le nom d'ergastoplasme pour l'ensemble. Nous dirons donc qu'à la base de la cellule pancréatique de la salamandre, au point où le corpuscule paranucléaire vient de disparaître, on voit apparaître un amas d'ergastidions, petits d'abord, souvent punctiformes, disposés en tourbillon, qui peu à peu s'allongent, de façon à devenir parfois, s'ils en ont le temps, de larges filaments sinueux, qui se dirigent parallèlement à l'axe de la cellule dans la zone basale, et montent peu à peu dans la zone apicale. Ces filaments deviennent souvent alors variqueux, moliniformes, et au milieu de chacune des varicosités mates et basophiles, apparaît bientôt un petit grain réfringent et éosinophile qui est un grain de zymogène, et qui va grossissant, de la même façon que nous avons déjà vu les nucléoles se différencier au sein des massettes de chromatine. Bientôt chaque filament est ainsi transformé en un chapelet de gros grains reliés entre eux par un reste de filaments. Mais ce filament est très ténu, et l'égrènement a lieu de bonne heure, de sorte qu'il est difficile d'isoler ces chapelets. Ainsi s'explique une disposition décrite depuis longtemps par Renaut (1879), R. Heidenhain, Oppel, etc... : ces auteurs ont montré que les grains de zymogène sont souvent distribués en files sinueuses, parallèles au grand axe de l'élément.

Une fois constitué, le grain de zymogène est susceptible de s'accroître tant qu'il reste entouré de protoplasme, et, chez quelques espèces à repas très espacés (Ophidiens), il peut acquérir des dimensions relativement considérables (5 μ, presque autant que certains noyaux), en attendant le moment d'être utilisé lors de l'excrétion. Ajoutons pourtant que si cette dernière tarde trop il finit par être résorbé.

Dût cette description être modifiée plus tard sur de nombreux points par suite de nouvelles recherches, il n'en reste pas moins acquis dès maintenant que l'élaboration dans les cellules glandulaires (et dans tout élément en général), se présente à nous comme

(1) Pour avoir des détails plus complets sur le mécanisme de l'élaboration, en ce qui concerne *le Pancréas* tout au moins, on pourra consulter le double fascicule que nous avons récemment publié sous ce titre dans la *Revue générale d'Histologie*, de Renaut et Regaud (1905-1906).

un phénomène qui peut être excessivement complexe, et nous sommes bien loin aujourd'hui des conceptions simplistes de Ruysch sur la sécrétion. Cela montre, une fois de plus, combien il faut en Biologie se défier des hypothèses simples qui se présentent d'abord à l'esprit pour expliquer un phénomène. Elles ont peu de chance de devenir définitives, précisément à cause de leur simplicité, tellement sont complexes les mécanismes de la vie. Et tout ce que nous savons aujourd'hui sur la sécrétion est bien peu de chose. Les faits d'histo-physiologie ont encore besoin d'être confirmés, étudiés dans leur diversité. Mais qui nous donnera le secret des transformations chimiques qui les accompagnent ? La clef du problème est dans l'histo-chimie, qui, malheureusement, est presque tout entière à créer.

Nous ne pouvons terminer sans chercher à rapprocher l'ergastidion élaborateur de granulations cellulaires décrites par Benda sous le nom de *mitochondries*, et dont on parle beaucoup en cytologie depuis quelques années. Par une méthode de coloration spéciale à l'alizarine et au violet cristal, Benda a mis en évidence dans le protoplasme d'un grand nombre de cellules, ces granulations, qui se colorent vivement, et qui se réunissent souvent en chaînettes, en filaments ou *chondriomites*. Pour l'auteur allemand. qui les a trouvés d'abord dans les spermatides, ces formations représentent du protoplasme différencié en vue surtout d'une fonction motrice. Aussi, les retrouvant dans la cellule rénale (1903), il propose cette hypothèse : les filaments auraient pour but, par leur contraction, de rapprocher le sommet de la cellule de sa base, et d'exprimer ainsi à travers la bordure en brosse, la sécrétion accumulée dans la cellule. Cette hypothèse est devenue de moins en moins vraisemblable (1) depuis que P. Bouin (1905) a montré que l'ergastoplasme des glandes séreuses et de l'ovule a les réactions exigées par Benda pour caractériser mitochondries et chondriomites. Van der Stricht aurait déjà fait le même rapprochement en ce qui concerne l'ovule. Il semble donc que formations ergastoplasmique et formations mitochondriales soient identiques, et que, dans les cellules élaboratrices tout au moins et particulièrement dans les cellules glandulaires, leur rôle élaborateur s'affirme de plus en plus.

(1) Surtout si on l'étend à la cellule glandulaire en général; en ce qui concerne la cellule rénale qui élabore peu, et dont le fonctionnement est encore insuffisamment connu, il convient de faire quelques réserves.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche après échec des procédés classiques (1)

par le Dr René Le Fort,
Professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Lille.

Le meilleur procédé de traitement de la luxation congénitale de la hanche est, sans contredit, la réduction non sanglante, mais elle échoue souvent, surtout chez les enfants âgés.

« Il semble, dit Nové-Josserand, que l'âge de 7 ans soit la limite au-delà de laquelle on ne peut plus espérer la réduction, à moins de circonstances exceptionnellement favorables ».

Lorenz fixe cette limite à 9 ou 10 ans pour les luxations unilatérales, et 7 à 8 ans pour les bilatérales.

Tous les chirurgiens sont du même avis à ce sujet. Il y a des enfants chez qui aucune amélioration ne se produit après échec de la réduction ou transposition de la tête fémorale. Quand il y a ainsi échec complet et marche très défectueuse, il y a encore quelque chose à tenter.

L'ostéotomie sous-trochantérienne de Kirmisson est un excellent procédé dont nous avons obtenu le meilleur résultat, il s'adresse à des cas spéciaux et ne nous paraît vraiment logique que si la tête fémorale est suffisamment fixe.

Parmi les procédés sanglants, l'arthrotomie de Lorenz est aujourd'hui le procédé de choix.

Il semblerait, à lire la plupart des mémoires récents, que la réduction sanglante de la luxation congénitale de la hanche soit toujours possible. Sans doute, le plus souvent, la capsule débridée, les obstacles capsulaires écartés, la réduction est possible et même facile, mais il est des cas dans lesquels la réduction nécessiterait de nombreuses sections musculaires, et des délabrements tels qu'il est plus sage de n'y point recourir.

Nous avons utilisé deux fois (chez le même sujet), en pareil cas, un procédé particulier qui emprunte certains traits à ceux de Hoffa, de Margary et de König.

Il consiste à aviver la tête du fémur et à creuser, au-dessus de la cavité cotyloïde, une cavité nouvelle dans l'os iliaque, de façon à obtenir une pseudarthrose ou plus exactement une néarthrose.

(1) Communication faite au Congrès de la Société Italienne d'Orthopédie, le 22 septembre 1906, à Milan.

Il est évident que ce n'est pas là un procédé de choix ; pourtant, tel qu'il est, il a donné chez une fillette de 11 ans, chez qui nous l'avons utilisé des deux côtés successivement, un résultat des plus satisfaisants.

Voici l'observation résumée d'après l'observation très complète rédigée par MM. BACHMANN et CIEREN.

Marcelle Ro... née à Bourges, le 21 décembre 1894, entre au sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer le 8 mai 1902, avec le diagnostic de coxalgie, mais atteinte en réalité de *luxation congénitale des deux hanches*.

La démarche est caractéristique, le plongement extrêmement accusé, particulièrement à droite. L'enfant, debout, fléchit les deux genoux, surtout le gauche l'ensellure lombaire est très marquée. Le grand trochanter droit est plus élevé que le gauche, bassin penché à gauche, scoliose lombaire à convexité gauche et scoliose dorsale de compensation en sens inverse. La station debout entraîne très rapidement de la fatigue, position hanchée alternative. Marche difficile.

La luxation est, des deux côtés, de la variété sus-cotyloïdienne et iliaque, la mobilité est extrême. L'enfant couché, il est aisé d'amener le bord interne du pied en contact avec le plan du lit, et même de dépasser ce degré de rotation externe. La flexion des cuisses est très limitée des deux côtés.

L'enfant présente en outre quelques déformations thoraciques et crâniennes. Pas de rachitisme ni de scrofule, bon état général.

La radiographie confirme la luxation double, elle montre les déformations classiques dans l'affection. L'examen des hanches permet de croire que la réduction sera très difficile. On soumet l'enfant à l'extension continue du côté droit du 28 juin au 23 novembre 1902.

Le 23 novembre, réduction non sanglante sous chloroforme et immobilisation en première position suivant LORENZ.

Quelques jours plus tard, il faut enlever l'appareil mal supporté. D'autre part, la réduction étant douteuse, l'enfant est remise à l'extension continue.

Le 10 mai 1903, nouvel essai de réduction de la hanche droite sous chloroforme. La réduction paraît obtenue.

Le 23 août 1903, l'appareil enlevé, on place le membre inférieur en deuxième position de LORENZ.

Trois mois plus tard, en enlevant l'appareil, on constate un résultat nul.

On essaie la marche à l'aide d'une ceinture plâtrée empêchant l'ascension des trochanters, les résultats sont mauvais, la marche reste très défectueuse.

Le 30 octobre 1904, en présence des échecs des procédés non sanglants et de la défectuosité de la marche, je tente la réduction sanglante. Incision externe. La capsule débridée, il est facile de se rendre compte que la réduction ne sera possible qu'au prix de délabrements musculaires énormes. Le col fémoral est court et très redressé, par augmentation de l'angle d'inclinaison. Dans l'impossibilité pratique de faire soit l'arthrotomie de LORENZ, soit l'opération de HOFFA, je creusai au-dessus du cotyle, et le plus près possible de lui une cavité nouvelle dans laquelle je plaçai la tête fémorale après avivement de toute sa surface.

La réunion eut lieu par première intention, les suites furent extrêmement simples. L'enfant subit un mois plus tard la crise de puberté et engraissa d'une façon extrêmement rapide : de 34 k. 600 le 26 octobre 1904, elle passe le 22 janvier 1905 à 45 k. 200, soit une augmentation de près de 11 kil. en 4 mois ; elle est réellement obèse.

A la suite de l'opération, l'enfant est immobilisée deux mois et demi et commence à marcher sans appareil le 17 janvier 1905.

La fixité de la tête fémorale paraissant obtenue, je pratique, le 7 février 1905, l'opération sanglante du côté gauche et, devant les mêmes difficultés de réduction et pour les mêmes causes que précédemment, je pratique la même opération que du côté droit.

Suites simples.

Le 6 juin 1905, on supprime tout appareil et on commence la marche. Les têtes fémorales sont fixées des deux côtés, il y a même une raideur articulaire assez marquée, mais pas d'ankylose.

La marche s'améliore progressivement. Mon collègue et ami M. le professeur GAUDIER, qui a bien voulu examiner cette fillette avant sa sortie du sanatorium, qui a eu lieu le 19 septembre, a constaté comme nous une amélioration très manifeste de la marche. Il semble que cette amélioration doit continuer, les fémurs ayant aujourd'hui un point d'appui solide et tous les muscles ayant été respectés au cours des opérations.

Il est à remarquer que l'obésité de cette enfant était une condition fâcheuse qui pourtant n'a pas empêché la solide fixation des têtes fémorales.

Clinique Chirurgicale Infantile

PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUDIER.

Plaie contuse de l'aorte, au-dessus de sa bifurcation (1)

par MM. le docteur **Debeyre** et **Tramblin**, aide d'anatomie.

A une heure de l'après-midi, le 12 septembre 1906, entrait d'urgence à l'hôpital Saint-Sauveur, un jeune garçon, âgé de dix ans environ, envoyé par notre excellent confrère, le docteur C...., avec le diagnostic de contusion abdominale grave.

Tombé d'un arbre sur lequel il était monté pour cueillir des glands, l'enfant fut trouvé, couché sur le ventre, dans un état d'obnubilation complète.

Transporté à l'hôpital le plus proche, assis dans un fiacre (détail à noter), il fut, par défaut de place, dirigé sur l'hôpital Saint-Sauveur.

A son entrée dans le service de chirurgie, le blessé est très pâle ; les muqueuses sont décolorées ; la respiration rapide, superficielle, mais régulière et sans intermittences ;

(1) Communication à la *Société Centrale de Médecine du Nord*, séance du 12 octobre 1906.

le pouls petit, filant, à peine perceptible ; quelques gouttes de sang coagulé souillent les orifices des narines et la lèvre supérieure ; la paupière inférieure gauche présente une ecchymose assez étendue. Cependant du côté du crâne, nous ne trouvons aucune lésion, pas de troubles oculaires, pas d'écoulement par l'oreille ; aucune douleur le long du rachis, ni parésie, ni paralysie. L'enfant remue facilement bras et jambes et se retourne plusieurs fois dans son lit.

Les extrémités sont froides. Du côté du thorax, rien de particulier à signaler, pas de fracture de côtes.

Sur l'abdomen, aucune trace de contusion, pas la moindre égratignure, pas de solution de continuité. Toutefois le ventre est légèrement tendu, mais sans ballonnement.

La palpation, dans la moitié gauche, peut être pratiquée sans aucune difficulté ; dans la moitié droite, elle est douloureuse, surtout dans la zone sus-ombilicale, au niveau du foie, où l'on éprouve une sensation d'empâtement.

A la percussion, la moitié gauche de l'abdomen est sonore. Le foie semble augmenté de volume et sa matité dépasse de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes. Sonore à la percussion superficielle, toute la moitié droite est nettement mate à la percussion profonde.

Le système uro-génital ne paraît pas lésé : le malade urine de son plein gré et les urines sont claires.

Il a une soif intense et réclame à boire à chaque instant ; on lui donna de l'eau additionnée de jus de citron et de cognac ; l'état général s'améliore rapidement et nous permet de penser à une intervention possible.

En présence de ces différents symptômes, décoloration des téguments et des muqueuses, soif intense, pouls petit, rapide, dépressible, polypnée, douleur au niveau de l'hypochondre droit, matité dans toute la moitié droite de l'abdomen, l'un de nous porte le diagnostic d'hémorrhagie interne due à une rupture probable du foie et nous faisons appeler M. le Dr Debeyre, chef de clinique.

En attendant son arrivée, nous tâchons de relever l'état de notre blessé par une injection de 300 cmc. de sérum artificiel auquel nous ajoutons 0 gr. 50 ctgr. de caféïne.

Quelques instants plus tard, sans qu'aucun symptôme nouveau ne se soit montré, le malade était sur la table d'opération.

Après toilette d'usage, pendant laquelle le blessé remuait bras et jambes, au point qu'on dût l'immobiliser sur la table, pour protéger le champ opératoire, le malade fut endormi au chloroforme, administré de façon très discrète par M. Dolain, externe.

M. le Dr Debeyre pratiqua une incision latérale droite, parallèle au bord externe du muscle grand droit. Après avoir sectionné peau, tissu cellulaire sous-cutané, aponévroses et récliné les muscles, nous tombons sur un péritoine tendu, faisant aussitôt hernie et laissant croire à la présence de gaz dans l'abdomen.

Toutefois l'incision de la séreuse ne donne issue à aucun gaz et seul un peu de liquide louche, analogue à celui que l'on trouve dans les cas de contusion de l'abdomen s'écoule.

Le grand épiploon et quelques anses intestinale s'échappent par l'ouverture pratiquée, obéissant à une pression abdominale plus forte qu'à l'ordinaire.

Le grand épiploon est d'aspect normal. Parmi les anses intestinales examinées rapidement les unes après les autres, celles-ci ne présentent rien de particulier, celles-là portent de ci de là quelques ecchymoses sous-séreuses ; mais à aucun endroit, on ne trouve de perforation, ni de plaques amincies, mortifiées, ayant tendance au sphacèle.

Puis nous réclinons à gauche la masse intestinale pour explorer le foie : cet organe est absolument lisse et ne présente aucune altération : la vésicule biliaire, intacte également, offre sa coloration gris bleuâtre, normale.

Mais si nous ne trouvons rien de ce côté, si nous ne découvrons pas le grand épanchement sanguin intra-péritonéal auquel nous nous attendions, nous remarquons que le péritoine pariétal est soulevé par un hématome volumineux, s'étendant de l'insertion du mésentère récliné à gauche au mésocôlon ascendant, derrière lequel il se prolonge et du bord postéro-inférieur du foie à la fosse iliaque droite. Cet hématome, de couleur presque rouge, ne présente point de pulsation.

Mais quelle était l'origine de cet épanchement si abondant ? A quelle lésion pouvions-nous songer, en préence de cette hémorrhagie rétro-péritonéale ? N'avions-nous pas éliminé déjà successivement toute lésion des organes intra-abdominaux, tube digestif et annexes, système uro-génital (ce dernier à cause de la limpidité des urines) ? Restaient les lésions des vaisseaux rénaux, lombaires, iliaques, génitaux internes, celles de la veine-cave inférieure. L'aorte, il y fallait à peine penser : n'est-on pas accoutumé à entendre dire que les plaies de l'aorte entraînent une mort presque immédiate ? C'est là, en médecine vétérinaire, une notion courante : la piqûre de l'aorte, causée par une main maladroite dans l'ovariotomie vaginale, amène une mort foudroyante. Il existe chez l'homme, nous le savons, des cas de survie pendant quelques heures, mais ces plaies sont rarissimes et toujours très graves. Quoi qu'il en soit il fallait agir et sans perdre de temps : lier si possible, tamponner au pis-aller. Mais lier quoi ? Tamponner où ? Nous nous trouvions en présence d'un hématome si vaste et tellement infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal que toute recherche précise était interdite.

Néanmoins au péritoine pariétal postérieur, nous pratiquons une légère incision, l'hématome est mis partiellement à nu ; mais rien ne s'écoule. Nous n'avions plus qu'une espérance pour notre malade, c'est que le caillot fasse lui-même le tamponnement du vaisseau lésé et nous refermons.

Toutes ces manœuvres avaient duré vingt-cinq minutes, notre malade avait pris cinq grammes de chloroforme et s'était très bien comporté pendant l'intervention.

Au moment où nous terminions la suture des plans aponévrotiques, il s'éveilla un peu, fit quelques efforts pour vomir et brusquement devenant très pâle, il cessa de respirer.

On le mit dans la position de Rose, on pratiqua la respiration artificielle, mais tout fut inutile.

L'autopsie seule devait nous révéler le point de départ précis de cette collection sanguine. Nous pûmes alors plus facilement que sur la table d'opération examiner à notre aise les différentes lésions et en tirer les déductions nécessaires.

Sur le *grand épiploon*, rien.

Sur l'*intestin grêle*, quelques ecchymoses sous-séreuses ; pas de perforation, pas de lésion de la musculeuse qui est partout également épaisse au toucher.

Mésentère : dans presque toute son étendue, le sang infiltré a disséqué ses deux feuillets. Les gros vaisseaux mésentériques sont intacts.

Le *côlon ascendant* offre une vaste ecchymose sous-séreuse le long de l'insertion du mésocôlon ascendant se continuant avec l'hématome rétro-péritonéal.

Le *foie* est lisse et d'aspect normal.

Rein droit. Pour parvenir à lui, nous disséquons avec nos doigts le péritoine pariétal et nous tombons dans un amas de caillots sanguins, enchevêtrés dans des brides de tissu cellulaire. La loge périrénale est distendue à l'extrême.

Ne pouvant enlever ces caillots, en les fragmentant, nous sommes forcés de laver à grande eau et de frotter avec une éponge pour les désagréger. Enfin nous arrivons

sur un rein absolument sain. De même aucune altération des vaisseaux rénaux.

Poursuivant nos investigations sous le péritoine pariétal, nous mettons à nu le *duodénum*, le *pancréas*, qui apparaissent normaux.

La *veine-cave inférieure* et l'*aorte*, englobés dans l'hématome, ne montrent aucune lésion apparente.

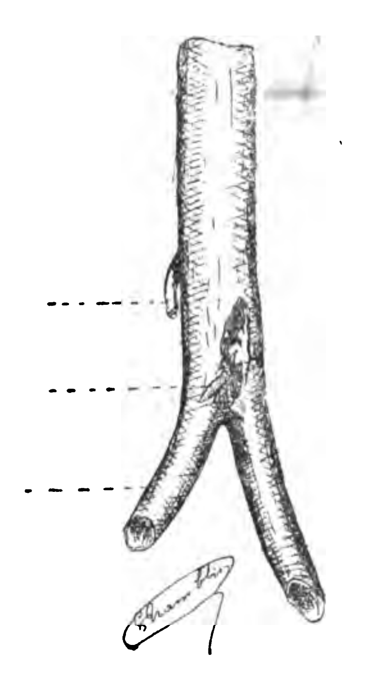
Ramenant à droite la masse intestinale, nous allons explorer la moitié gauche de l'abdomen.

La loge du *rein gauche* est elle aussi comblée par le sang et l'hématome se prolonge à gauche de l'insertion du mésentère jusqu'au rein. Celui-ci est intact ainsi que ses vaisseaux.

L'*estomac* ne porte pas trace de contusion ; la *rate*, les *vaisseaux spléniques*, les *côlons transverse* et *descendant* n'offrent aucune lésion.

Nous isolons les *vaisseaux génitaux droits et gauches* sur le trajet desquels nous ne relevons aucune perforation. Les *uretères*, la *vessie* semblent normaux : il n'y a pas de sang dans le petit bassin.

Nous restions donc perplexes devant ce résultat négatif. Que s'était-il donc passé au moment de la chute. La paroi antérieure de l'abdomen, repoussée par un corps quelconque faisant relief, s'était rapprochée de la colonne vertébrale jusqu'au moment où elle avait rencontré le point le plus saillant de celle-ci ; or ce point correspond précisément au sommet de la courbe lombo-sacrée, c'est-à-dire à l'union de la troisième et de la quatrième vertèbre lombaire. Correspondant à cette région, se trouve la bifurcation de l'aorte et de la veine-cave inférieure.



Partant de cette hypothèse, nous examinons de nouveau et de très près cette fois les vaisseaux ; les faces ventrales sont intactes. Restent les faces postérieures accolées immédiatement à un plan résistant, dur, le rachis.

Nous aidant de la sonde cannelée pour éviter toute lésion artificielle, nous isolons sur tout son pourtour la veine-cave inférieure. Ses parois présentent de légères ecchymoses, rien de plus. Isolant à son tour l'aorte, nous apercevons sur sa paroi postérieure une solution de continuité, longue de 1 cent. environ, parallèle à l'axe du vaisseau, dont les bords sont contus, écrasés, déchiquetés. Entre les lèvres entr'ouvertes de cette plaie apparaît un caillot mou qui se prolonge jusque dans les iliaques primitives. Trois coups de ciseaux nous permettent d'enlever la portion terminale de l'aorte abdominale et l'origine des iliaques primitives, que nous plongeons dans le formol.

Cette observation nous a paru intéressante à publier, car s'il se trouve dans la littérature médicale des observations de ligature de l'aorte, nous n'avons trouvé aucun cas, pensons-nous, semblable au nôtre.

Nous ne chercherons pas à expliquer comment le sujet a pu vivre plus de quatre heures avec une plaie de l'aorte de 1 cent. environ d'étendue.

L'aorte étant solidement fixée à la colonne dorso-lombaire par du tissu cellulaire assez épais et la solution de continuité existant sur la paroi postérieure, il est permis de penser qu'au moment de la chute l'enfant resta quelque temps dans un état syncopal, syncope heureuse qui a pu favoriser la production d'un caillot.

Il suffisait peut-être du moindre effort pour déplacer le caillot salutaire et amener une mort subite. Nous pourrions ajouter que l'énorme hématome rétro-péritonéal faisait très probablement l'office de tampon ; mais ce ne sont là que des hypothèses et le champ en est vaste !

Le seul fait important à retenir, c'est la difficulté de trouver l'origine de ce volumineux épanchement sanguin, même après éviscération totale.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

Traitement de la rage par la méthode de Saint-Hubert

« DÉDIÉ AUX MANES DE PASTEUR »

Je villégiaturais cette année en la religieuse Belgique dans cette admirable vallée de la Meuse, où l'on trouve réunis tous les avantages d'une cure de repos, l'eau, la montagne et les bois. J'avais planté ma tente dans les environs de cette si coquette petite ville de Dinant, qu'on dirait avoir été lancée contre un énorme rocher, au pied duquel elle serait venue s'aplatir. Dans ce charmant endroit, les excursions s'offrent nombreuses, remplies de charmes divers. Malheureusement, toute une nuée de romanichels et de mendiants s'abat chaque jour dans ces régions et le promeneur est à chaque pas harcelé par des loqueteux, d'ailleurs inoffensifs, qui sollicitent son obole, lui donnant en échange des brochures religieuses. C'est dans une de ces brochures, reçue de la main tremblante d'un vieux parkinsonnien, que j'ai trouvé la description des pratiques auxquelles doivent se soumettre les intéressés qui demandent à Saint-Hubert de les préserver de la rage.

Au recto de la couverture, est représenté le Saint, coiffé de la mître, portant la crosse de la main gauche, levant le cor de

chasse de la main droite. A ses côtés, le cerf sur la tête duquel brille une croix. Au verso, la clef du Saint.

Voici ce qui, dans l'opuscule, a trait au traitement de la rage :

AVIS AUX PERSONNES QUI SONT OBLIGÉES D'ALLER A SAINT-HUBERT

Pour aider ceux qui vont à Saint-Hubert à la suite de la rage, à accomplir la neuvaine ordinaire sans les inquiétudes dont plusieurs sont embarrassés dans ces circonstances, il est bon de les avertir qu'on peut faire ce voyage comme tout autre pèlerinage, sans distinction de personnes, et pour cela on a indiqué ci-dessous la manière dont il faut se comporter pendant la neuvaine et les prescriptions auxquelles il faut se conformer.

1. On doit se confesser et communier pendant la neuvaine.

2. On doit coucher seul en des draps propres, ou bien tout vêtu.

3. On doit boire dans un verre ou autre vaisseau particulier, et on ne doit point baisser la tête pour boire aux fontaines ou rivières.

4. On peut boire toute espèce de vin avec de l'eau.

5. On peut manger du pain blanc ou autre, de la chair de porc mâle d'un an au plus ; des chapons ou poules d'un an au plus ; des poissons à écailles, harengs, saurets, carpes, des œufs durs, etc., toutes ces choses doivent être mangées froides.

6. **On ne doit pas peigner ses cheveux pendant quarante jours.**

7. Le dixième jour on doit faire ôter son bandeau, par un prêtre, le brûler et en mettre les cendres dans la piscine.

8. Il faut garder tous les ans la fête de Saint-Hubert, qui est le 3 novembre.

9. Et si la personne était blessée ou mordue à sang de quelques animaux enragés, elle doit faire la même abstinence pendant trois jours, sans qu'il soit besoin de retourner à Saint-Hubert.

10. On pourra enfin donner du répit du délai de 40 en 40 jours à toutes personnes qui seront blessées ou mordues à sang, ou simplement infectées par des animaux enragés.

Que dites-vous en particulier de ce mode de « pédiculiculture » ?

Au point de vue de la plus élémentaire propreté, cette pratique n'est-elle pas à rapprocher de ce qui se passe dans un pèlerinage de mon pays natal où les attouchements d'une relique miraculeuse, l'orteil d'un saint, guérissent successivement les hémorrhoïdes des uns et les névralgies dentaires des autres ?

Je lis dans la même brochure que Saint-Hubert, patron des chasseurs, n'est pas seulement invoqué contre la rage, mais contre les maladies mentales.

Franchement, ceux qui font imprimer les calembredaines que je viens de reproduire et ceux qui se livrent à ces exercices, qui défient le bon sens le plus vulgaire, ne devraient-ils pas commencer par solliciter du brave saint les bienfaits de cette dernière vertu qui lui est attribuée ?

Docteur L. JULIEN.

Hygiène des Chemins de fer

EN ANGLETERRE :

Il n'y a pas très longtemps des poursuites étaient intentées par une Compagnie de chemin de fer anglaise contre un voyageur qui avait pris place dans un de ses trains, étant encore à peine convalescent d'une scarlatine. Le voyageur fut condamné.

Le médecin qui avait autorisé le transport du malade chez ses parents a été poursuivi à son tour. Pour s'excuser, il a déclaré qu'il avait fait une erreur de diagnostic et n'avait pas reconnu la scarlatine.

L'excuse n'a pas paru valable au juge qui a prononcé qu'il y avait « imprudence évidente » de la part du médecin et a condamné celui ci à 125 francs de dommages-intérêts.

Voilà une scarlatine qui finit par coûter cher au malade et au médecin.

***

EN FRANCE :

Il y a quelques mois, un médecin fait sur une ligne française, en wagon-lit, un assez long trajet pour ramener chez lui son enfant atteint de scarlatine débutante. A l'arrivée, il fit remarquer la nécessité de désinfecter le compartiment et s'offre de payer d'avance les frais qui seront nécessaires.

« Monsieur – lui répondit en substance le contrôleur des wagons-lits avec une surprise mêlée de commisération pour une telle simplicité — bien d'autres malades ont été transportés avant le vôtre. Les draps et les taies d'oreiller changées, qu'est-ce que cela peut craindre ? Et puis à partir de X... le compartiment est loué. Il ferait beau voir protester les voyageurs si le compartiment ne leur était pas remis... »

Il y a quelques semaines un autre confrère avec ses enfants allait monter dans un wagon, quand les personnes qui en occupaient les coins l'avertirent que leur enfant avait le croup et qu'on le conduisait à l'hôpital de la ville voisine. A l'arrivée, le médecin installé ailleurs s'en fut avertir le chef de gare de la nécessité de désinfecter le compartiment en question. Il lui fut répondu : « Où en serait on s'il fallait s'occuper de pareilles histoires !... »

Un tuberculeux avancé couvre le tapis d'un wagon d'une masse de crachats verdâtres. Un voyageur lui rappelle l'interdiction de cracher ainsi. Le tuberculeux prend fort mal la chose, la discussion s'engage entre les personnes présentes et toutes de prendre parti contre le malencontreux protestataire.

(*Province médicale*).

ALCOOLIA

L'Alcoolisme de l'ouvrier rouennais

La Normandie médicale signalait ce fait que dans une des grandes industries de la ville de Rouen, les ouvriers gagnent habituellement 4 fr. 80 par jour.

Dans certaines circonstances, il y a surcroît de travail et élévation des salaires. Certains ouvriers se font de 6 à 11 francs par jour.

Tout ce qui dépasse 4 fr. 80 est bu le soir même.

Le soir même, l'ouvrier est ivre-mort, et le lendemain il est malade ! le surlendemain il est encore intoxiqué.

La haute paye a donc entraîné une soirée de beuveries et deux jours d'incapacité de travail. La voilà, la question sociale ! Et de tels faits ne donnent-ils pas le droit de peser la question : Sommes-nous en train de mourir ?

Le Dr Lorin donne dans le même journal le détail de la consommation alcoolique d'un ouvrier à Elbeuf. Il serait certainement fort intéressant de multiplier les documents de ce genre, qui pourraient être utilisés dans la lutte anti-alcoolique.

Il y a quelques jours, dit-il, chez un débitant de notre ville, nous avons été témoin du règlement de compte suivant :

« Consommation pendant la semaine du 25 septembre au 1er octobre, 15 fr. 60. » Nous avons été curieux de connaître le détail de ce chiffre élevé, et le voici tout net pour chaque jour :

6 heures du matin, eau-de-vie........	0 fr. 25
8 heures, café	0 » 60
Midi, absinthe.......................	0 » 20
1 heure après-midi, café............	0 » 75
4 heures, café	0 » 60
7 heures, absinthe...................	0 » 20
	2 fr. 60

Quand il y a des heures supplémentaires, c'est aussi un café supplémentaire de 0 fr. 60 ; ne tenons pas compte de ce café, et, calculant sur 300 jours de travail, cela fait en fin d'année une dépense de 780 francs en face d'un gain de 3 fr. 50 par jour, soit 1.050 francs au détail.

Il reste donc 270 francs pour subvenir au logement, à la nourriture et à la part d'entretien due à la famille.

Nous laissons ce consommateur et ceux qui le suivent de près ou de loin aux réflexions que leur raison ne manquera pas, nous l'espérons, de leur suggérer.

(*Journ. Méd. et Chir.*)

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Les épreuves du Concours d'Internat ont eu lieu le 5 Novembre 1906, devant un jury composé de MM. les professeurs Debierre, Charmeil, Carlier, Gaudier, Bué, sous la présidence de M. le professeur Combemale, administrateur des hospices.

Le sujet de la composition écrite sorti de l'urne était : *Aorte thoracique* ; *Tumeurs du médiastin.* Restaient cinq autres questions : *Lobule hépatique* ; *Variole. — Vertèbres cervicales ; Mal de Pott cervical. — Nerf hypoglosse ; Cancer de la langue. — Les plis du cerveau ; centres sensoriels et sensitivo-moteurs de l'écorce ; symptômes de l'hémorragie cérébrale. — Ovaire (anatomie et physiologie) ; Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire.*

L'épreuve dite « Epreuve de Garde » comprenait deux parties, dont l'une, la question obstétricale, était commune dans chaque question : *Traitement de l'anémie aiguë post-hémorragique d'origine obstétricale.* La question tirée au sort fut : *Conduite à tenir en présence de grands écrasements des membres.* Les autres questions posées étaient : *Diagnostic différentiel et traitement des accès convulsifs. — Traitement de la rétention d'urine. — Symptômes et traitement des accidents dus à l'intoxication par l'oxyde de carbone.*

A l'épreuve orale de dix minutes, parmi les questions posées : *Cancer de l'utérus. — Coxalgie. — Etranglement herniaire*, la question tirée fut : *Etranglement herniaire.*

A la suite des épreuves, les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Gérard (Maurice), Tramblin, Swynghedauw, Hannart, Paquet, Bricout, Leconte, Andrès, Deremaux, internes titulaires ; Brohan, Legrand, Lheureux, Cannac, internes provisoires.

Le 5 novembre ont eu lieu les épreuves du Concours pour l'Externat devant un jury composé de MM. les Professeurs Laguesse, Carrière, Deléarde, Lambret, Gérard (Georges), sous la présidence de M. le professeur-doyen Combemale, administrateur des hospices.

Le sujet de la question écrite était : *Extrémité supérieure de l'humérus* ; *diaphragme.* Restaient dans l'urne : *Muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens ; articulation sterno-claviculaire. Maxillaire inférieur ; muscles temporal et masséter. Extrémité supérieure du fémur ; muscles pelvi-trochantériens. Muscle biceps brachial et anconé ; symphyse sacro-iliaque.*

A l'épreuve orale les candidats ont eu à traiter : *Signes et diagnostic de la pleurésie séro-fibrineuse ; thoracentèse.* Restaient dans l'urne : *Signes et diagnostic des hémorrhagies internes ; injection de sérum artificiel. Ponctions lombaires ; furoncle. Fracture du péroné à son extrémité inférieure ; symptômes et traitement. Rachicocaïnisation ; fracture de côtes.*

A la suite de ce concours ont été nommés externes des hôpitaux de Lille : MM. Pierret, Leclercq (Jules), Boissart, Veaudeau, Vernier, Monnier, Pépy, Pélissier, Lefebvre (Paul), Ruyssen, Roland, Guersant, Dubus,

DURAND, LEFEBVRE (Gaston), HERBAUX, BOCQUILLON, BÉZU, TOULOTTE, BODA.

Le mardi 30 Octobre ont eu lieu les épreuves du **concours pour les bourses de doctorat** délivrées par l'Etat.

Les candidats à huit inscriptions dans la section de médecine ont eu à traiter la question : *Globules blancs du sang ; action du suc pancréatique.*

Les candidats à huit inscriptions dans la section de pharmacie ont eu à traiter la question : *Carbures d'hydrogène d'origine minérale ; les strychisées et leurs préparations.*

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Elole de plein exercice de Nantes. — M. le docteur VEILLON est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de chimie.

Ecole préparatoire de Poitiers. — M. le docteur COULONGEAT est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'histoire naturelle.

Distinctions honorifiques

Instruction publique. — Sont nommés : *officiers de l'instruction publique* : MM. les docteurs RÉY, d'Arles ; ROSSIGNOL, de Vitré ; SÉGUINARD, de Bazas ; THOUMAS, de Paris. — *Officiers d'Académie* : MM. les docteurs BELOT, de Sainte-Bazeille ; DEMIRLEAU, de Montmorency ; DURAX, de Marcq-en-Barœul ; FOLLY, méd.-major à Koléa ; FRÉMONT, de Villedieu ; Gautier, Brignoles ; JULIAN, de Beaucaire ; LOMBARD, de Saint-Marcelin ; LORION, de Clamart ; ROUSSY, de Marseille ; SAGRANDI, méd. major aux tiraill. algériens ; SOULÉ, de Pointis de Rivière.

Médaille des épidémies. — Est attribuée la *médaille de vermeil* : MM. les docteursu HAURY, méd.-major de 2e classe au 107e d'inf. à Angoulême ; GUILHAUD, de la Charente-Inférieure ; LACROISADE, d'Aigre (Charente). — *Médaille d'argent* : MM. les docteurs AMIAUD, de Saint-Cybardeaux ; JOUSSE, de Marcillac-Lanville ; FAVRAUD, de Montignac-Charente ; MERCIER et SAISY, de Rouillac ; ROBERT, d'Hiersac ; MARCHAUD, d'Aulnay ; JONCHÈRES, de Saint-Jean-d'Angély ; PINTAUD, externe des hôpitaux de Paris. — *Médaille de bronze* : MM. les docteurs FEUILLET, de Villefagnan ; MONCLIER, aux Gours ; MM. PUYHAUBERT, LATREILLE, PERRENS, DUPÉRIÉ, CALMETTES, ALES, CLÉJAT, internes des hôpitaux de Bordeaux ; DARTIGNOLES, PIÉTRI, PETIT, externes des hôpitaux de Bordeaux ; ESCALON, de Bordeaux ; BONNET, DULAC, CRUCHARD, au 78e d'inf. à Limoges ; DEVAUX, CALLENDREAU, BRUNOT, au 63e d'infant. à Limoges ; JUIN, LEDOUX, au 107e d'infanterie, étudiants en médecine ; AUDOIN, de Beauvais-sous-Matha ; CORCELLES, de Néré ; GIRAUD, d'Aumagne ; PORCHAIRE, de Neuvicq ; SOUBOUROU, d'Aulnay ; CHAVANON, insp. dép. de l'ass. publique.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BOIZY, de Gannat (Allier) ; RABOT, médecin des hôpitaux de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

GUIDE PRATIQUE POUR LE CHOIX DES LUNETTES, par le docteur A. TROUSSEAU, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts, médecin en chef de la Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild. F. R. DE RUDEVAL, éditeur, 4, rue Antoine Dubois, Paris (VIe). Téléphone 807-23. Deuxième édition. Un volume in-18 de 102 pages, cartonné........................... **2 fr.**

Ce petit volume comble une grande lacune ; jusqu'ici étudiants et médecins, désireux de corriger les troubles de réfraction, n'avaient à leur disposition que des ouvrages trop savants.

En quelques pages, le Dr TROUSSEAU met à la portée de tous les notions indispensables pour choisir avec sécurité les verres de lunettes.

S'abstenant de toute considération scientifique, il n'a visé qu'à la clarté et à la simplicité. Il a pleinement réussi et a su vulgariser l'étude pourtant si complexe de la réfraction.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **Rapport sur les travaux du conseil départemental d'hygiène et des Commissions sanitaires du département du Nord, pendant l'année 1905**, par le docteur THIBAUT, Lille *Danel* 1906.

— **Les troubles du débit urinaire dans les affections hépatiques**, par le docteur Maurice VILLARET, Paris Steinheil, 1906.

— **Second annual of the Henry Phipps Institute for the study, treatment and prevention of tuberculosis**, *Philadelphie*, 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Ch. TUAL.

N° 514. Dixième Année. N° 46 Le Numéro : 10 centimes 18 Novembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Accouchement spontané dans un cas de claudication par paralysie infantile (1)

Par le Docteur **Oui.**
Professeur-adjoint à la Faculté de Médecine.

Il n'est guère habituel de publier les cas d'accouchement spontané ; toutefois, l'observation suivante m'a paru mériter d'être publiée, à cause des considérations qu'elle justifie :

Mme X..., âgée de vingt-quatre ans, a été atteinte, à l'âge de deux ans, de paralysie infantile à type hémiplégique frappant le côté gauche. Elle ne sait pas exactement combien de temps elle est restée immobilisée; elle peut, toutefois, assurer qu'elle n'a pas pu se servir de son bras pendant trois mois.

De cette paralysie, elle a gardé un pied bot pour la guérison duquel elle a subi, à l'âge de quinze ans, une ténotomie du tendon d'Achille qui a corrigé presque complètement cette déformation. La santé de Mme X. a toujours été bonne ; la menstruation s'est établie à quinze ans et a toujours été régulière.

Mariée à vingt-deux ans, elle a fait, en septembre 1905, un avortement à cinq mois dû à une cause accidentelle. Elle est redevenue grosse au début de 1906, dernières règles du 2 au 6 janvier.

C'est au cours de cette grossesse que j'ai eu à l'examiner.

Jeune femme de taille moyenne, présentant une légère claudication que dissimule presque complètement le port d'un soulier gauche à talon un peu surélevé.

Le membre inférieur gauche paraît, relativement au droit, légèrement amaigri. Il est, aussi, raccourci, mais très modérément. Les mensurations donnent les résultats suivants :

Membre inférieur droit :

1° De l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule. . . . . 45 cm.

2° De la pointe de la rotule à la pointe de la malléole interne. . . . . 36 cm.

Membre inférieur gauche :

1° De l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule. . . . . 46 cm. 5.

2° De la pointe de la rotule à la pointe de la malléole interne. . . . . 36 cm. 5.

Au total, le membre gauche est plus court que le droit de deux centimètres. En ce qui concerne le bassin, l'exa-

(1) Communication à la *Société de Médecine du Nord,* séance du 9 novembre 1906.

men extérieur ne révèle rien de particulier et les mensurations externes ne donnent, au point de vue de l'amplitude du bassin et de la symétrie que des résultats trop peu accusés pour qu'il soit possible d'en faire état.

Le toucher permet de constater un redressement marqué de la ligne innominée droite ; du côté gauche, au contraire, la ligne innominée présente une courbe plus accentuée, mais qui, cependant, peut être suivie dans presque toute son étendue. Le promontoire n'est pas accessible.

En résumé, ce bassin est aplati du côté sain et très légèrement atrophié du côté frappé par la paralysie.

Les lésions étaient donc peu accentuées, et il me parut que l'accouchement devait, dans ce cas, être probablement facile. Je rassurai donc le ménage, qui s'inquiétait un peu de la façon dont se terminerait la grossesse et j'attendis.

Le 27 août, j'examinai de nouveau Mme X... et constatai qu'il n'existait aucun engagement de la tête qui se trouvait au-dessus du détroit supérieur, bien d'aplomb et ne débordant pas le pubis.

Un nouvel examen devait être fait fin septembre ou au début d'octobre quand, le 30 septembre au matin, je fus appelé auprès de ma jeune cliente qui ressentait quelques douleurs depuis sept heures du matin. A neuf heures, je trouvais le col complètement effacé et dilaté comme une pièce de deux francs. La tête était engagée et orientée en G. A. A midi, la dilatation atteignait le diamètre d'une pièce de cinq francs. A une heure et demie, la dilatation étant complète, je rompis la poche des eaux et à deux heures, l'accouchement se terminait par l'expulsion d'un garçon vivant, pesant 3230 gr.. — Délivrance et suites de couches normales.

Cette observation est un nouvel exemple d'accouchement spontané dans un bassin vicié par claudication unilatérale. Je dis par claudication unilatérale parce que, ici, la lésion la plus accentuée était l'aplatissement du côté correspondant au membre sain, aplatissement dû à la surcharge de ce côté sain, pendant de longues années, au cours de la marche et de la station debout.

L'atrophie, au contraire, était fort peu marquée, point extrêmement important, car les difficultés de l'accouchement sont surtout observées dans les cas où la paralysie infantile a amené un arrêt de développement du squelette pelvien. Tels sont les cas de Weiss (1) dans lequel la paralysie avait atteint les deux membres inférieurs, le bassin présentant l'aspect d'un bassin généralement rétréci et aplati qui ne laissa passer le fœtus que grâce à son faible développement (2439 gr.), de Kourrer (2) qui, dans un cas semblable à celui de Weiss, dut faire l'opération césarienne à terme. Mais encore faut-il observer que, dans ces deux cas, il s'agissait non de claudication mais de paraplégie complète.

Dans d'autre cas, où la paralysie a été unilatérale, le bassin a été vicié à la fois par la claudication et par atrophie. Tel est le cas d'Andérodias (3), où il y avait une atrophie très accentuée du côté du bassin correspondant

(1) Th. Marbourg, 1877.
(2) In *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1887.
(3) *Gaz. hebd. des Sc. méd. deBordeaux*, 1900.

au membre paralysé, aplatissement du côté correspondant au membre sain, le diamètre antéro-postérieur étant lui-même rétréci, d'où difficultés à l'engagement, mort de l'enfant (3500 gr.) et basiotripsie. Même atrophie et mêmes déformations du bassin chez une femme atteinte de paralysie infantile du membre inférieur droit, chez laquelle Tarnier (1) provoqua l'accouchement.

Les observations de Blanc (2), celles de Chambrelent (3), une observation de Pinard (4), montrent bien, comme la nôtre, que lorsque l'atrophie du squelette pelvien est peu accentuée, l'accouchement est, en général, facile et qu'il peut, même, en être ainsi quand l'atrophie de l'os iliaque correspondant au côté paralysé n'est pas compliquée par l'aplatissement de l'os iliaque correspondant au membre sain.

Nous en arrivons ainsi à vérifier, une fois de plus, l'exactitude des conclusions du professeur Pinard (5), à savoir que les modifications apportées au bassin par la seule claudication, permettent habituellement l'accouchement spontané et que, presque toujours, les difficultés, quand elles se présentent, sont sous la dépendance de lésions pelviennes surajoutées et produites par des causes autres que la boiterie, arrêts de développement ou obstruction du bassin.

Opération de Talma pour ascite cirrhotique ; mort le cinquième jour (6).

Par **J. Drucbert**, ancien chef de clinique chirurgicale.

La malade qui fait l'objet de cette observation était une femme de trente-sept ans, sans antécédents héréditaires : père mort à soixante-cinq ans d'affection inconnue, mère morte à soixante-six ans de congestion cérébrale. Elle-même avait eu deux accouchements normaux et à terme, le dernier il y a cinq ans, jamais de pertes ni de troubles génitaux. Son ascite datait de neuf mois et fut ponctionnée douze fois par M. le docteur Houzé, la dernière ponction fut faite le 7 avril 1906. M. le professeur Surmont, qui vit la malade en consultation, ayant porté le diagnostic de cirrhose alcoolique hypertrophique splénomégalique avec circulation sous-cutanée insuffisante, conseilla à la malade de se faire opérer. Après quelques délais la malade se décida et je l'opérai le 13 avril, soit six jours après la dernière ponction.

Je n'insisterai pas sur les signes que présentait la malade, elle n'avait ni ictère, ni subictère, mais les urines étaient foncées et riches en pigments biliaires; il n'y avait pas d'albuminurie, aucun trouble cardiaque ou respiratoire. L'ascite se reproduisait de plus en plus rapi-

(1) In th. Prouvost, Paris, 1891.
(2) *Arch. de Tocologie*, 1889.
(3) *Ann. de gyn.*, 1890.
(4) Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque, 1896, n° 946.
(5) *Bulletin médical*, 1905.
(6) Communication de la *Société de médecine du Nord*, séance du 22 juin 1906.

dement, car la malade était déjà très gênée six jours après la dernière ponction ; il s'était établi une circulation sous-cutanée prononcée, la plus grosse veine atteignait le volume de l'index quand on faisait tousser la malade.

J'opérai avec l'aide de mon ami le docteur LEROY. L'incision cutanée fut faite au niveau de la région ombilicale, à cinq centimètres à gauche de la ligne médiane pour éviter les grosses veines avoisinant l'ombilic ; malgré cette précaution, la plaie, longue de douze centimètres, saigna avec abondance, il en fut de même de l'incision musculaire ; mais à l'ouverture du péritoine nous eûmes à combattre un écoulement sanguin vraiment inquiétant.

L'ascite qui s'écoula contenait de nombreux blocs fibrineux ; des amas analogues englobaient les anses intestinales ; l'épiploon était méconnaissable, entouré d'une gaine épaisse de fausses membranes le transformant en un gros cordon aplati adhérant par son extrémité inférieure au péritoine pariétal de l'hypochondre gauche, au point correspondant aux ponctions. C'est grâce à cette adhérence résultant d'une des dernières ponctions que la circulation s'était développée ; je résolus néanmoins de la rendre plus complète en fixant l'épiploon sur une plus grande surface.

Ce temps de l'opération fut des plus pénibles car chaque piqûre dans l'épiploon amenait une hémorrhagie veineuse impossible à tarir ; si on essayait de lier la veine qui saignait la mise en place de la ligature avec une aiguille mousse amenait une nouvelle hémorrhagie. Je fus donc obligé de lier l'épiploon entre son insertion gastro-colique et ma suture ; toutefois les piqûres du péritoine pariétal donnèrent encore lieu à des hémorrhagies notables. La paroi fut refermée en laissant un drain au contact de la suture.

Le 14, le pansement était un peu mouillé, la température était de 37, mais la malade se plaignait d'un point de côté très douloureux dans la région des fausses côtes gauches. Le 15, température à 37, le point de côté persiste, on ne constate rien à l'auscultation.

Le 16, diarrhée et subictère ; le 17, 37° pouls à 140 ; crachats sanglants, à l'auscultation des deux bases, râles crépitants, bruit de tempête dans toute la hauteur du poumon droit, souffle tubaire avec bronchophonie aux deux bases. Quand on retire le pansement, il s'écoule par le drain deux litres d'ascite rosée.

Le 18, au matin, la malade est dans le coma, le pouls est à 140, et la malade meurt à 11 heures du matin.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Nous attirerons principalement l'attention sur les difficultés dues à l'hémorrhagie très abondante, ce qui n'étonnera pas si l'on pense que presque tout le sang du système porte passait par l'épiploon et par les diverses couches de la paroi abdominale. Ce n'est du reste pas la première fois que des chirurgiens se sont trouvés dans des circonstances semblables : COMANDINI et SALVOLINI, CLÉMENTI, VIDAL ont trouvé à l'ouverture du ventre l'épiploon déjà adhérent et se sont contentés de refermer la plaie : d'autres au contraire, et SCHWARTZ entre autres, n'en ont pas moins poursuivi l'opération et ont fixé plus largement l'épiploon.

Il était intéressant à propos de ce cas d'étudier les résultats fournis par l'opération de TALMA dans les cirrhoses alcooliques. Depuis 1889, où cette opération fut imaginée, la statistique a peu varié, en 1902, GUILLOT (1) comptait 11 guérisons, 2 améliorations et 14 échecs. LEPORT (2), la même année sur 53 cas trouvait 20 guérisons, 11 améliorations et 22 insuccès. LEJARS (3) en 1903 donne comme résultats : 28 guérisons, 14 améliorations et 36 échecs. La même année, ALEXANDRE (4) compte 38 guérisons, 20 améliorations, 14 récidives et 35 morts.

Dans son remarquable rapport au Congrès de Chirurgie de 1904, MONTPROFIT a dressé une statistique très complète qui comprend 224 cas avec les résultats suivants : 129 guérisons, 84 morts, et 11 résultats inconnus, dont on trouvera le détail dans le tableau suivant :

Morts 84 cas	opératoires 42 cas	par shock	9 cas.
		par infection opératoire	7 cas.
		par autre accident	26 cas.
	post-opératoires 42 cas	par cachexie antérieure	30 cas.
		par maladie des reins	4 cas.
		par maladie des autres appareils	8 cas.
Guérisons 129 cas	opératoires 59 cas	non suivies	8 cas.
		avec récidives	25 cas.
		améliorations	26 cas.
	thérapeutiques semblant bien acquises		70 cas.
Résultats inconnus			11 cas.
		Total	224 cas.

En résumé, la mortalité atteint presque 40 % et peut se décomposer en 20 % de mortalité dans les quinze premiers jours et 20 % dans le seconde quinzaine après l'opération ; la guérison est obtenue dans presque 33 % des cas.

A la suite de la publication du rapport de MONTPROFIT de nouvelles observations ont été apportées par SCHWARTZ, DELAGÉNIÈRE, MAUCLAIRE, MALHERBE, WILLEMS, TUFFIER et LEJARS, BARDESCO, REYNÈS, ROUX et DEPAGE.

Sur quatres malades, SCHWARTZ en a perdu deux au bout de cinq jours (péritonite) et de huit jours (cachexie) ; un a survécu deux mois sans amélioration et est mort des suites de l'ablation d'une rate paludique ; enfin, chez le dernier malade, la guérison thérapeutique a pu être obtenue et constatée au bout de quatorze mois.

DELAGÉNIÈRE a opéré un malade in extremis et l'a perdu le quatrième jour ; un second opéré a été complètement guéri pendant trois ans, et depuis il présente des troubles dyspeptiques légers avec hématémèses.

Le malade de MAUCLAIRE n'a pas été amélioré et est mort au bout d'un mois ; MALHERBE a obtenu deux améliorations, une constatée au bout de six mois ; l'autre qui dura seulement trois mois, le malade mourut le quatrième mois. WILLEMS a obtenu une amélioration, deux malades

(1) GUILLOT. *Gaz. hebd. de Med. et de Chir.* 1902, p. 49.
(2) LEPORT. Thèse de Paris, juillet 1903.
(3) LEJARS. *Semaine méd.* 1903, p. 83.
(4) ALEXANDRE. Thèse de Paris, 1903.

non améliorés l'ascite se reproduisant chez eux très rapidement malgré des ponctions répétées, son quatrième malade est mort rapidement de cachexie. TUFFIER sur trois cas a obtenu une guérison opératoire, mais le malade trois mois après fit de la pleurésie tuberculeuse et finit par mourir; il s'agissait de cirrhose tuberculeuse du foie; chez deux autres malades, il n'a obtenu aucune amélioration.

LEJARS a relaté deux cas nouveaux, l'un de guérison constatée après deux ans et demi, dans lequel le diagnostic exact de la lésion hépatique restait douteux, il s'agissait peut-être de syphilis; l'autre cas ne datait que de huit jours. BARDESCO sur huit cas a obtenu quatre guérisons constatées après 15, 16, 22 et 28 mois, une amélioration constatée après un mois, un malade non amélioré mort d'anasarque au bout de trois mois et deux morts trois et quatre jours après l'opération. REYNÈS a eu un insuccès thérapeutique; il fallut encore ponctionner le malade très souvent et dans les cinq mois qui suivirent l'opération, on retira ainsi 1500 litres d'ascite. ROUX sur cinq cas compte quatre insuccès, et une guérison; enfin DEPAGE a obtenu une amélioration légère, l'ascite se reproduisait moins vite, mais la malade est morte de syncope au cours de la deuxième ponction, six semaines après l'opération; un second malade n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention.

D'autre cas ont été publiés par MILCHNER (1): enfant de huit ans atteint de cirrhose alcoolique, mort, l'ascite se reproduit rapidement après l'opération.

EDEBOHLS (2). 1. Guérison obtenue chez un malade opéré en plein coma; ce malade est complètement rétabli et a pu reprendre une situation importante à la Bourse de New-York.

2. Diminution du foie obtenue en cinq semaines dans un cas de cirrhose hypertrophique, avec état général devenu excellent.

MARAGLIANO (3). Mort par hémorrhagie épiploïque le quatrième jour.

LEVAI (4) a obtenu deux guérisons.

FISHER (5): guérison constatée après deux ans.

NEILSON (6): guérison constatée après vingt-et-un mois.

JONNESCO (7): guérison prolongée.

HURTADO (8) obtenu une amélioration.

Donc si nous défalquons le cas de LEJARS qui ne datait que de huit jours, il nous reste 43 cas nouveaux qui nous permettent de compléter ainsi la statistique de MONTPROFIT:

Morts : 93 cas	opératoires		49 cas.
	post-opératoires		44 cas.
Guérisons : 163 cas	opératoires 78 cas	non suivies	8 cas.
		non améliorés	37 cas.
		améliorés	33 cas.
	semblant bien acquises		85 cas.
Résultats inconnus			11 cas.
		Total	267 cas.

Actuellement l'opération de Talma présente donc une mortalité de 36 % dont 19 % de mortalité opératoire et 17 % de mortalité post-opératoire. La guérison durable a été observée dans 33 % des cas et l'amélioration dans presque 13 %.

Pour rendre plus frappante cette statistique, on peut dire que si l'on opère six cirrhotiques, trois auront un bon résultat puisque deux guériront et que le troisième sera amélioré. L'autre moitié du contingent fournira un malade non amélioré et deux morts.

Mais nous croyons que dans la réalité beaucoup de cirrhotiques ont été opérés fort tard, affaiblis et trop souvent infectés par les ponctions répétées; beaucoup qui n'avaient plus la résistance suffisante meurent de shock ou de cachexie dans les premiers jours après l'opération, un certain nombre sont morts de péritonite, l'opération ayant donné un coup de fouet à l'inflammation subaiguë causée par des ponctions septiques. Si, comme MONTPROFIT l'a montré dans son rapport, on prenait comme indication du moment propice pour intervenir le début de l'ascite, la statistique serait bien moins chargée en échecs et le nombre de guérisons définitives ou de longue durée considérablement augmenté. L'opération de Talma est d'une technique simple, c'est une laparotomie bénigne pour un malade tant soit peu résistant; son avenir tient dans une application plus précoce, avant que la cachexie n'ait fait son œuvre, avant que des lésions hépatiques irrémédiables aient définitivement compromis l'existence.

NOTA. — Le rapport de MONTPROFIT contient la bibliographie complète de l'omentopexie jusque 1904; nous annexons à ce travail les indications concernant les cas à ajouter à ceux que nous avons résumés et que nous n'avons pu nous procurer:

KOSLOWSKY. *Russ. med. Rundschau.* 1903. p. 823 et 1904 p. 5.
HAYNES. *Med. Record. New-York.* 1904. p. 653.
JACOBSON. *Cleveland med. J.* 1904. p. 245.
KOGAWA. *Tokio Iji Shinshi.*. 1904. p. 499.
MAC BRAYER. *New-York med. J.* 1904. p. 352.
MAGALHAES. *Brazil med.* 1904. p. 7.
MORI. *Gazz. d. Osped. Milano.* 1904. p. 107.
NEVE. *Indian. med. Gaz. Calcutta.* 1904. p. 94.
PAL. *Wiener klin. Woch.* 1904 p. 317.

(1) MILCHNER. *Therapie d. Gegenwart*, 1904, p. 553.
(2) EDEBOHLS. *Acad. de Méd. de New-York*, Novembre 1905.
(3) MARAGLIANO. *Gazz. d. Osped.*, 24 sept. 1905.
(4) LEVAI. *Pest med. chir. Presse*, 1er janv. 1905.
(5) FISHER. *Tr. Coll. Phys. Philad.*, 1903, p. 67.
(6) NEILSON. *Tr. Coll. Phys. Philad.*, 1903, p. 62.
(7) JONNESCO. *Soc. de chir. de Bucarest*, 1904, p. 220.
(8) HURTADO. *Gac. med. Mexico*, 1904, p. 77.

VERKLOSWSKI. *Khirurghia*. 1904. p. 376.
WEDENSKI. *Khirurgia*. 1904. p. 367.
BINDI. *Gazz. d. Osped.* 15 oct. 1905.
BUNGE, *Thèse d'Iéna* 1905.
CIGNOZZI, *Riforma med.* 11, 18 et 25 fév. 1905.
HAWKES. *Acad. de med. de New-York*. 16 nov. 1905.
KOSLOSKY. *Roussk. Vracth.* 4, 11 et 18 juin 1905.
NARATH. *Centralbl. f. Chir.* 12 août 1905.
SCHIASSI. *Gazz. de Osped.* 7 mai 1905.
STEMEN, *New-York med. J.* 11 nov. 1905.
WHEELER. *Brit. med. J.* 7 oct. 1905.
KONIK. *Roussk. Vratch.* 11 fév. 1906.

Les méthodes de Bier telles qu'elles sont appliquées actuellement à la clinique de Bonn (1),

par le Docteur **René Le Fort**.

Peu de méthodes chirurgicales ont attiré l'attention du public médical autant que les méthodes de BIER. La technique et les résultats en ont été étudiés et appréciés dans des articles innombrables, sans que des conclusions définitives puissent encore être posées aujourd'hui. Je n'ai nullement l'intention de faire de ces méthodes une étude générale, mais seulement de raconter brièvement des choses récemment vues (2). Je n'ai pas trouvé à Bonn le Professeur BIER lui-même, mais son service, ses aides, ses élèves et son suppléant et collaborateur, le Dr KLAPP, à la bienveillance duquel je dois de pouvoir aujourd'hui présenter ces quelques notes.

1° L'Anesthésie lombaire.

L'anesthésie lombaire est encore largement pratiquée à Bonn. Actuellement, les injections sont faites à la tropacocaïne. La dose maxima est de 5 centigrammes.

L'aiguille étant en bonne place, dès que les premières gouttes du liquide s'écoulent, on y adapte la seringue contenant l'anesthésique. La dissolution de l'anesthésique se fait ainsi dans le corps de la seringue et dans le liquide céphalo-rachidien lui-même qui est réinjecté.

Ce procédé n'est pas nouveau, et dès 1902 j'ai eu occasion de le voir employer à Lemberg (Galicie), par le Professeur RYDYGIER, qui le tenait d'un de ses assistants, le Docteur KOSLOWICZ. Au reste, je raconte ce que j'ai vu sans rechercher les origines ou l'ancienneté des procédés.

Donc, la solution réinjectée, l'anesthésie commence. De suite, un aide explore les réflexes et la sensibilité. Aussitôt l'injection faite, le sujet est placé en décubitus dorsal. L'anesthésie ne remonte-t-elle pas assez haut, on fait l'inversion plus ou moins complète ; remonte-t-elle trop vite, on incline le sujet en sens opposé, pieds abaissés, tête surélevée et l'anesthésie s'arrête où il faut ou à peu près.

D'autres conditions font encore varier la limite supérieure de l'anesthésie. Ainsi, plus on prend de liquide céphalo-rachidien avec la seringue, et plus l'anesthésie remonte ; par contre, moins on tire de liquide et plus l'anesthésie est profonde.

Suivant les cas, l'injection est faite plus ou moins haut. J'ai été frappé de la voir pratiquer parfois à la partie supérieure de la colonne lombaire, mais l'espace dorso-lombaire est exceptionnellement utilisé.

Tout dépend du sujet et de l'intervention qu'on veut pratiquer. BIER a renoncé aux anesthésies totales par voie lombaire. On ne dépasse plus guère l'ombilic, et j'ai vu M. KLAPP faire une pylorectomie sous la narcose à l'éther.

Il est incontestable que les anesthésies sont excellentes. Chez un malheureux garçon de quinze ans, atteint d'ostéosarcome du genou, le docteur KLAPP a pratiqué, sous anesthésie lombaire, la désarticulation de la hanche par le procédé d'ESMARCH. A peine y eut-il une grimace pendant la résection du sciatique, et moins d'une minute après, le malade, un peu pâle, riait en causant à un assistant. Mais, comme me le faisaient remarquer deux confrères génevois témoins de la scène, c'était un Allemand, et nos compatriotes, plus impressionnables, plus nerveux, ne supporteraient certes pas avec la même insouciance de pareilles mutilations. Ce malade n'a paru subir qu'un shock très minime. Je n'insiste pas sur cette méthode connue de tous et qui commence à être suffisamment jugée aujourd'hui.

2° Méthode du chauffage articulaire.

Je ne dirai qu'un mot de la méthode ancienne du chauffage articulaire rajeunie par BIER.

Tous les jours, un certain nombre de sujets viennent à la clinique de Bonn chauffer leurs arthrites. L'air chaud pénètre dans des boîtes de bois où la partie à chauffer est maintenue isolée des bords de la boîte par des feuilles d'ouate ou de feutre. La chaleur est fournie par un bec BUNSEN placé sous un entonnoir renversé. L'entonnoir se continue par un tube qui pénètre dans la boîte, mais la continuité de ce tube-cheminée est interrompue dans une partie de son trajet. En face de l'orifice par lequel le tube qui amène l'air chaud pénètre dans la boîte, une plaque de bois vient briser le courant d'air et l'empêche d'arriver directement sur la peau. Un thermomètre dans la boîte indique la température.

Au début, le sujet supporte 50°, 60°, il dépasse rapidement ces chiffres pour atteindre parfois 120° ou 130°. Les séances sont d'une heure.

Des modifications de cet appareil simple permettent le

(1) Communication à la *Société de médecine du Nord*, Séance du 26 octobre 1906.

(2) Il existe d'autres méthodes de BIER.

chauffage dorsal pour la scoliose, et même l'association des mouvements mécaniques et du chauffage.

3° La stase.

C'est incontestablement la stase de Bier (Biers'chen stauung) qui est la plus intéressante des méthodes du professeur de Bonn.

La stase veineuse est réalisée de deux façons : par la la bande ou par la ventouse.

La bande de Bier est de caoutchouc très mince. Elle est appliquée de façon différente dans les affections aiguës et dans les affections chroniques ou tuberculeuses.

Dans les affections aiguës, elle doit être appliquée de vingt à vingt-deux heures par jour, même au niveau du cou, pour les mastoïdites par exemple. Pour le cou, on utilise de petites bandes étroites, de un centimètre et demi environ, en tissu caoutchouté portant des agrafes. Pour les affections chroniques ou les tuberculoses, la bande n'est appliquée que pendant trois quarts d'heure par jour.

La bande est toujours appliquée par le médecin, les malades du dehors viennent tous les jours à la clinique.

Les ventouses sont appliquées pendant trois quarts d'heure par jour. Toutes les cinq ou dix minutes, la ventouse est ôtée pendant deux à trois ou quatre minutes, de façon à permettre la reprise de la circulation. Ceci est surtout nécessaire pour les affections aiguës.

Les ventouses sont connues, M. Debeyre vous en a présenté dans la dernière séance, et les catalogues des fabricants, celui de Mathieu en France, en montrent les différentes variétés. Il en est qui sont de véritables appareils de fortune. Ainsi, pour la main, on utilise un simple bock-laveur en verre. La tubulure inférieure, garnie d'un tube de caoutchouc, sert pour l'aspiration, l'ouverture supérieure, par laquelle la main est introduite, est garnie également de caoutchouc qu'on maintient sur l'avant-bras à l'aide d'une mince bande élastique, peu serrée, destinée non à produire la stase, mais à empêcher la rentrée de l'air dans le tube.

L'aspiration se fait à l'aide de poires de caoutchouc pour les petites ventouses et celles-ci portent avec elles leur poire aspiratrice ; pour les grosses ventouses, celles qui, par exemple, sont utilisées pour la main ou le sein, on utilise une pompe à air qui rappelle assez bien la pompe à bicyclette ou celle de l'appareil Potain.

Une des conditions nécessaires pour la bonne application de la méthode est de ne pas provoquer de douleur. Il faut interroger le malade, et si l'appareil est douloureux, il faut en modifier l'application. D'autre part, il faut provoquer une stase suffisante, et cela entraîne parfois, surtout dans les affections aiguës, des tâtonnements assez prolongés. Ainsi, par exemple, l'aspiration faite dans une ventouse pour abcès du sein doit être arrêtée dès que la malade se plaint, il faut alors laisser rentrer un peu d'air puis pincer le tube. De même une petite ventouse pour un abcès superficiel peut être appliquée quatre ou cinq fois avant qu'on trouvé le degré précis de vide nécessaire, à la fois suffisant et non douloureux.

Pour la bande, quand le malade doit la conserver vingt ou vingt-deux heures, il reste quelques heures en observation à la clinique et ne rentre chez lui que lorsque tout se passe normalement depuis deux ou trois heures.

Non seulement la méthode de Bier ne doit pas être douloureuse, elle doit calmer les douleurs. Contrairement à ce qu'on pourrait en attendre, la bande appliquée sur le cou ne cause pas de douleurs de tête. J'ai vu un jeune garçon, atteint d'arthrite suppurée du genou, dont l'articulation paraissait absolument indolore, grâce à la bande appliquée vingt-deux heures par jour sur la cuisse. Il faisait de lui-même et sans douleurs des mouvements étendus du genou.

La méthode de Bier est avant tout une méthode conservatrice. Elle réduit au minimum la chirurgie active. Les abcès les plus volumineux, les phlegmons, sont traités par une simple ponction qui permet l'écoulement du pus. On se contente de créer de simples fistules que la méthode se charge de tarir. Les pansements eux-mêmes sont réduits à leur plus simple expression. Des ulcérations, des plaies qui partout seraient traitées aseptiquement, sont seulement couvertes d'une espèce de pommade omnibus, de couleur jaune, mélange de lanoline et de vaseline. Cette pommade est appliquée à profusion dans le service, non seulement comme pansement, mais aussi pour permettre l'adhérence facile et complète des ventouses. Il est vrai qu'avant de pratiquer une incision, on pratique un essuyage de la région à la benzine.

L'aspiration est reprise après la ponction des abcès, et celle-ci facilite l'écoulement du pus dans la ventouse.

Une méthode ne doit se juger que d'après les résultats qu'elle procure ; peut-être donc ne faut-il pas se laisser impressionner par cette apparence anti-chirurgicale des salles de pansement où la méthode est appliquée. La boîte à graisse, les ventouses souillées de lanoline et de pus mélangés, ces pansements rudimentaires nous reportent un peu à nos souvenirs d'enfance chirurgicale, il y a quelque vingt ans.

Il semble aussi que l'enthousiasme de la méthode fasse oublier parfois la juste appréciation des choses. J'ai vu notamment un spina ventosa de l'index, traité régulièrement tous les jours depuis huit mois, et encore extrêmement difforme. En admettant qu'un succès inespéré tarisse toutes les fistules, ce doigt, quoique guéri, sera bon à amputer, et peut-être aurait-il mieux valu commencer par le faire il y a huit mois.

Ce sont là des opinions personnelles, j'ai vu aussi des malades parfaitement guéris, tel un gros phlegmon des gaînes synoviales de la main guéri en trois semaines avec de simples ponctions. Il faudrait suivre les malades pendant longtemps pour avoir une opinion définitive sur la méthode. Les résultats obtenus à Bonn m'ont paru plus beaux que ceux que j'ai vus jusqu'ici en France. En France pourtant, j'en ai vu et obtenu personnellement d'excellents, et je présenterai prochainement à la Société de Médecine une fillette traitée successivement par mon collège et ami M. GAUDIER et par moi et complètement guérie avec tous les mouvements d'une tuberculose grave fistuleuse du tarse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 26 Octobre 1906

Présidence de M. NOQUET, Président

Nécrose tuberculeuse de la moitié gauche du maxillaire inférieur ayant évolué comme un sarcome de l'os.

MM. Gaudier et Bernard. — Il s'agit d'un enfant de cinq ans qui présentait lors de l'examen une tuméfaction de toute la moitié gauche du maxillaire inférieur, survenue en dehors de toute cause dentaire sans suppuration et avec une évolution lente. A l'examen on sentait un os véritablement soufflé : les deux faces du maxillaire faisant une saillie en dedans dans la bouche et à l'extérieur.

La consistance de l'os était dure sans point douloureux spécial. Il n'existait aucune trace de ramollissement ni ganglion. La peau était normale. Malgré l'aspect en faveur d'une tumeur maligne osseuse, le diagnostic fut plutôt d'une lésion tuberculeuse, véritable spina ventosa du corps de la mâchoire et ceci en raison des antécédents de l'enfant tuberculeux depuis déjà longtemps (gommes cutanées). L'évolution le prouva mais près d'un an après. On nous le ramena à ce moment avec des fistules multiples intérieures et extérieures ; l'os perforé baignant dans le pus — véritable séquestre qu'une incision extérieure parallèle à la mâchoire permit d'extraire facilement. Le résultat définitif fut celui de ces sortes d'interventions : Relèvement immédiat de l'état général, mais persistance de fistules interminables et légère déformation de la bouche.

Nous relatons ce fait en raison de la rareté chez l'enfant de ces nécroses tuberculeuses d'une grande portion du maxillaire inférieur.

Côte surnuméraire cervicale

MM. Gaudier et Debeyre. — Il s'agit d'une jeune fille, envoyée par le docteur JOUVENEL. Elle présente une tumeur de consistance osseuse, sous-jacente au chef claviculaire du muscle sterno-mastoïdien et plongeant en arrière vers la colonne cervicale : cette tumeur ressemble cliniquement à une côte cervicale incomplètement développée. La radiographie confirme ce diagnostic et montre une côte bien formée à gauche, s'articulant avec un tubercule élargi parti de la face supérieure de la première côte ; à droite, on aperçoit une côte plus petite et plus rudimentaire.

Ces anomalies *réversives*, c'est-à-dire rappelant des dispositions normales chez des vertébrés inférieurs (Reptiles, Poissons), doivent être considérées d'après BLANCHARD (Revue scientifique 1885) comme fait d'atavisme.

PLANET (Th. doct. 1890) insiste également sur l'importance de ces anomalies de la septième cervicale, au point de vue chirurgical. Leur ablation nécessitée par des compressions du plexus brachial (KIRMISSON) peut ne pas toujours être exempte de dangers (DUPLAY (1897). PLANET, ouverture du cul-de-sac pleural).

Ici, aucun phénomène de compression, aucune gêne apparente. M DEBEYRE rappelle qu'il y a lieu de distinguer plusieurs types de côtes surnuméraires cervicales :

1° les unes s'unissent à la première côte soit par un ligament, soit par une articulation, à l'aide d'un prolongement du bord supérieur de la première côte, soit par ossification.

2° les autres s'unissent au sternum.

Elles représentent le développement réversif des racines antérieures des apophyses transverses cervicales. On les rencontre chez les sujets de 15 à 20 ans et de préférence dans le sexe féminin.

N'y a-t-il pas lieu de se demander, si, suivant le principe posé par GEOFFROY SAINT-HILAIRE, les anomalies numériques de côtes ne correspondent pas aux anomalies dans le nombre des vertèbres ? M. le professeur FOLET, dans une observation relatée à la Société de Médecine, en 1871, a attiré l'attention sur cette augmentation possible du nombre des vertèbres. M. DEBEYRE rappelle cette observation intéressante à plus d'un titre. — Mais, en général, l'augmentation des vertèbres porte sur la région dorsale et le nombre des cervicales est presque invariablement fixé à sept.

M. Combemale dit avoir observé chez un hospitalisé un cas de côte surnuméraire cervicale.

Anomalies congénitales des doigts

A. — Dans un travail paru dans la *Revue d'Orthopédie*, **MM. Gaudier et Debeyre** ont traité de l'hypophalangie (brachydactylie). Ils montrent deux radiographies : la main droite ressemble, à s'y méprendre, à un pied : il y a syndactylie complète : chaque doigt se compose de deux phalanges seulement et à ce point de vue peut être considéré comme un pouce : l'extrémité distale des doigts est renflée, celle de l'index est bifide.

B. — Dans un autre cas, il a été procédé à l'ablation d'un orteil supplémentaire greffé sur le 5e métatarsien qui est légèrement renflé et étalé à son extrémité distale.

Les deux phalanges proximales sont soudées par leur base. Le sixième orteil est très bien conformé, la phalangine est plus grande que celle du cinquième.

L'intervention a été nécessitée par la gêne produite dans la marche par la saillie à angle droit, formée par la phalangine et la phalange.

Ne serait-ce pas là encore une anomalie réversive, le type primitif étant l'hexa = et même l'heptadactylie (Amphibiens, Reptiles).

M. Debeyre a rencontré deux autres cas semblables ; dans l'un, à Hesdin (avec le Dr Testut), il n'y avait que deux phalanges au sixième doigt cubital ; dans l'autre, une seule phalange réunie par un mince pédicule au cinquième métacarpien, légèrement augmenté de volume à ce niveau.

Anatomie comparée

MM. **Gaudier** et **Debeyre.** — A propos d'anomalie réversive, les auteurs présentent en outre un Pied bifide de cheval. La photographie offerte par M. Rivière, vétérinaire, montre deux sabots : un normal et un plus petit, latéral, situé à peu près sur le même plan que le premier. Le canon est légèrement divisé à la partie distale. Sur la coupe transversale il existe deux canaux médullaires distincts. Le genre Equus ne présente qu'un seul doigt, à l'état normal, coiffé du sabot. Il faut remonter au genre Protohippus du pliocène supérieur pour retrouver trois doigts, un médian plus long et deux latéraux. Le genre Miohippus du miocène devait posséder trois doigts reposant sur le sol.

M. Bédart signale que le squelette des animaux présente habituellement l'amorce de ces phalanges supplémentaires. Personnellement, il a vu des malformations comparables à celles que M. Debeyre signale chez l'animal, sur toute une famille d'individus dont il a rapporté l'observation.

Opération pour pieds bots.

M. **Gaudier** présente sept enfants atteints de pied bot varus équin congénital, de la variété la plus accentuée, avec grosses déformations osseuses, traités par le procédé de Lucas-Championnière (désossement du tarse) et idéalement guéris.

Maxillaire inférieur

M. **Debeyre**, au nom de M. **Rivière**, vétérinaire à Lille, et au sien, montre une mâchoire d'un bovidé, présentant une anomalie portant sur le nombre et la forme des molaires existantes qui sont, les unes atrophiées, les autres tordues, presque spiralées sur elles-mêmes. Il existe en tout et pour tout dix molaires et un rudiment minuscule d'incisive.

Or la formule dentaire ordinaire du bœuf est la suivante :

$$I = \frac{0}{4} \quad C = \frac{0}{0} \quad PM\ \frac{3}{3} \quad M\ \frac{3}{3}$$

Le nombre total des dents est par conséquent de trente-deux.

Si ce bœuf a pu être amené à l'abattoir, en excellent état d'embonpoint, c'est grâce à l'alimentation semi-liquide qu'on lui a donnée.

Ulcératio simplex. — Mort par hématémèse

MM. **Leroy, Minet** et **Verhaeghe**, présentent à la Société une ulcération stomacale provenant d'une femme opérée d'urgence dans le service de M. le professeur Dubar.

Il s'agit d'une malade âgée de 44 ans et entrée le 18 octobre dernier dans le service de M. le professeur Combemale, pour hématémèses. On ne nota chez elle aucun antécédent héréditaire intéressant. Mère de famille, elle jouissait d'une excellente santé. Elle était coutumière du petit verre matinal et du pousse-café.

Depuis trois mois environ elle éprouvait une pesanteur dans la région épigastrique, sensation qui s'accentuait après les repas. Elle n'avait ressenti aucun autre trouble quand brusquement le 13 octobre, vers onze heures, elle eut une violente hématémèse et remplit, dit-elle, plusieurs vases de nuit de sang noir. Le lendemain après midi, nouvelle hématémèse un peu moins abondante. Le surlendemain hématémèse moins importante encore. Le quatrième jour, enfin hématémèse de nouveau abondante et composée de sang rouge. Durant ces quelques jours les selles furent noires.

L'état s'aggravant, la malade fut amenée à l'hôpital, où elle entra le 18 octobre dans le service de médecine. A ce moment les hématémèses étaient arrêtées, mais la femme présentait une anémie intense ; la peau et les muqueuses étaient décolorées, les vertiges étaient fréquents, la faiblesse grande et le pouls rapide : 110 pulsations. A part ces symptômes l'examen fut négatif. Rien au cœur. Du côté de l'estomac la palpation ne révéla rien et n'éveilla aucune douleur. Le mœlena fut constaté.

La malade fut mise au repos absolu, toute alimentation fut suspendue, on mit de la glace sur le ventre et rien d'anormal ne se produisit pendant deux jours. Le 20 octobre, aussi brusquement que la première fois, une hématémèse se produisit formidable. M. Minet, interne de garde, appela aussitôt le docteur Leroy, chef de clinique, et la laparotomie d'urgence fut décidée comme seul espoir de succès, bien que la malade présentât un moment les signes d'une anémie suraiguë. Le pouls était petit, pas trop rapide cependant, mais l'état de faiblesse était extrême. Sur la

table d'opération la malade vomit encore quelques caillots. L'opération est précédée d'une injection de sérum intraveineuse et d'injections d'éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. La paroi ne saigne pas. L'estomac est trouvé facilement, il est dilaté, pâle, la palpation ne révèle rien d'anormal tout d'abord ; ni ecchymoses, ni adhérences, ni induration. La gastrotomie est cependant pratiquée après toilette. L'incision mesure environ 10 centimètres et l'estomac est retourné à l'aide d'une main passée dans l'arrière-cavité des épiploons. Après tamponnement, la face muqueuse est explorée du pylore au cardia. Il n'y a dans l'estomac que très peu de liquide sanguinolent. Plus rien ne saigne. La muqueuse est déplissée soigneusement et épongée. Alors on découvre à quelques centimètres du cardia une petite « exulcération » n'ayant même pas les dimensions d'une pièce de vingt centimes, à fleur de muqueuse et au milieu de laquelle est un petit orifice béant suintant. On s'apprête à réséquer l'ulcération. A ce moment la respiration de la malade s'arrête, l'opérée est véritablement exsangue et malgré le sérum injecté pendant l'opération, le cœur s'arrête à son tour.

Cette observation rappelle en tous points celles des malades cités par le professeur DIEULAFOY dans son article de l'Exulcératio simplex et dont l'histoire clinique commence véritablement à l'hémorrhagie d'emblée grave, rapidement mortelle et même foudroyante, puisque le chirurgien appelé dès la reprise des accidents n'a pu arriver à temps pour pincer une artère, parfaitement perméable et dont la rupture menait en quelques heures à l'anémie mortelle.

MM. **Surmont** et **Le Fort** insistent sur la difficulté de découvrir même sur le vivant, le siège de l'hémorrhagie.

Gastro-entérostomie contre les crises gastriques du tabès.

M. **Leroy**, au nom de M. **Dubar** et au sien, rapporte l'observation de deux ataxiques, chez lesquels la gastro-entérostomie fit disparaître de violentes crises gastriques. *(Sera publié in-extenso).*

Les méthodes de Bier, telles qu'elles sont appliquées actuellement à la clinique de Bonn.

M. **Le Fort** fait une communication qui est reproduite in-extenso dans le présent numéro.

M. **Gaudier** signale quelques beaux cas obtenus par BIER : une ancienne tumeur blanche fistuleuse du genou dont la suppuration s'est tarie en douze jours ; un abcès froid de l'aine amélioré en quatorze jours. M. GAUDIER a vu un excellent résultat chez une malade du Dr DESCARPENTRIES, atteinte de tumeur blanche du coude. Exceptionnellement, on observe des eschares.

M. **Debeyre** pense que le seul inconvénient de la méthode peut être la douleur. Il est parfois difficile, chez les enfants particulièrement, de savoir si l'application de la bande élastique provoque ou non la douleur.

MM. **Charmeil** et **Ingelrans** signalent des appareils de chauffage par la vapeur sèche, appareils employés dans des stations thermales, et offrant des analogies avec ceux utilisés par le Professeur BIER.

M. **Gaudier** rappelle que LANNELONGUE a décrit un lit en briques réfractaires utilisé pour le chauffage des jointures malades.

M. **Le Fort** dit qu'il n'a pas présenté les méthodes de BIER comme entièrement nouvelles.

Masque ecchymotique.

MM. **Colle** et **Arquembourg** font une communication qui sera reproduite in-extenso.

ANALYSES

RÉSUMÉ

du Rapport de M. le Professeur Brouardel et Conclusions votées par la Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires sur la fièvre typhoïde dans les garnisons en France.

La mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée résidant en France est tombée de 1875 à 1901 de 37.7 pour 10.000 hommes à 5.7.

La comparaison de la mortalité par fièvre typhoïde dans l'armée et la population civile ne peut se faire que de 1886, date de la création de la statistique du Ministère de l'Intérieur, à 1901.

Elle donne :

Mortalité par fièvre typhoïde.

Armée	1886-1890	11.4
	1901	5.7
Population civile	1885-1890	5.5
	1900-1901	2.3

Ces variations parallèles de la mortalité civile et militaire (pages 15 à 34) montrent qu'une cause générale, extérieure à la caserne, commune à celle-ci et à la cité, est le grand régisseur de la propagation de la fièvre typhoïde.

Ce facteur est l'*eau*.

Pour l'affirmer, nous avons des preuves ayant presque la valeur d'une expérience.

Avesnes (p. 48)	Communication accidentelle du conduit des égouts avec l'eau d'alimentation.
Valence (p. 49)	Prise en location de la source Béranger pendant deux ans. Avant : Armée, 21.7 de mortalité par 10.000 hommes ; population civile, 4.1. Alimentation par la Source Béranger en 1896 et 1897 : Armée, 1.9 ; population civile, 1.5. Retour à l'ancien régime ; Armée, 26.3 de mortalité par 10.000 hommes ; population civile, 7.1.

Amiens (p. 49)	Suppression de la fontaine Marie-Lyon en 1881. Mortalité dans l'armée, avant cette mesure, 109 pour 10.000 hommes. Après, la mortalité tombe de 109 à 6.
La Roche-sur-Yon (p. 49)	Suppression du d'Equebouilles. La mortalité typhoïdique tombe de 67.0 à 3.9 pour 10.000 hommes.

Dans ces cas, on a supprimé l'usage d'une eau contaminée.

Dans le plus grand nombre des cas, on a distribué à la population et à l'armée une eau de bonne qualité (p. 50).

Si, par contre, comme à Bar-le-Duc, on substitue à une eau suspecte une eau contaminée par les bétoires des communes voisines, la mortalité double presque dans l'armée. 13.7 à 23.8 (p. 50).

D'autres fois, la ville puise son eau dans la rivière : Arles la prend en aval de plusieurs égouts ; résultat, mortalité dans l'armée, de 1886 à 1901, 44.7 pour 10.000 hommes, 7.6 pour 10.000 habitants.

D'autres villes ont augmenté le danger de l'eau prise directement en rivière en y ajoutant ce qu'elles appellent des filtres à sable. Ainsi Thouars possède des filtres à sable couverts occupant une surface de 200 mètres carrés, filtrant 120 mètres cubes à l'heure. Le sable n'est remplacé que tous les quatre ans (p. 51).

Souvent il a suffi de procéder à la réfection du captage des réservoirs ou des conduits d'adduction pour obtenir de bons résultats.

Exemples : A Mezières, dans la garnison, la mortalité tombe de 14.4 à 0.3 ; à Dieppe, de 33.4 à 1.4 ; à Vienne, on répare une partie d'un aqueduc dont la construction date des Romains ; la mortalité, pour la garnison, tombe de 26.3 à 4.8 ; pour la population civile, de 4.6 à 1.8 (p. 58).

La simple extension du réseau de distribution de l'eau de bonne qualité antérieurement distribuée, à certains quartiers qui en étaient privés, a suffi, à Senlis, en 1879, et, en 1889, à Agen, pour abaisser notablement la mortalité par fièvre typhoïde dans la population civile et par suite dans la garnison. Ce fait met bien en évidence la solidarité qui existe entre les populations civiles et militaires.

Par contre, lorsque les casernes ont une alimentation d'eau différente de celle de la ville, il y a parfois épidémie dans la garnison et immunité pour la population civile, ou inversement. Ainsi, en 1900, à Aire (1er Corps) la garnison, qui a un puits spécial, a compté 22 typhoïdiques et cinq morts. Dans la population civile, aucun décès n'a été imputé à la fièvre typhoïde.

Il y eut épidémie séparée aussi à Noyon, à Remiremont, etc. (p. 59).

Si la Commission considère ces faits comme établis, je lui demande de bien vouloir voter les conclusions suivantes :

I. — Les Conseils d'hygiène sont nécessairement consultés sur les projets d'alimentation en eau potable des agglomérations (loi du 15 février 1902, art. 21).

II. — Un médecin de l'armée de terre ou de mer est de droit membre des Conseils d'hygiène. Il faut que celui-ci intervienne au moment où le mode d'alimentation en eau potable de la cité sera discuté.

Il parlera au nom des intérêts de l'armée et de ceux de la population civile qui, en fait, sont absolument solidaires.

Il doit surveiller la pureté des eaux d'alimentation : pour cela, on devra établir un ou deux laboratoires de bactériologie par Corps d'armée.

III. — L'action des médecins militaires ne doit pas se limiter à l'enceinte de la ville dans laquelle réside la garnison. Bien souvent ce sont des hommes qui rentrent de permission qui apportent la fièvre typhoïde dans la caserne. Le médecin militaire doit signaler le lieu de la contamination probable au Directeur du Service de santé du Corps d'armée.

De cette façon, la troupe risquerait moins de prendre, dans les villes et les villages qu'elle traverse pendant les manœuvres, le germe de la fièvre typhoïde.

Si ce travail était poursuivi avec méthode, on connaîtrait rapidement les localités dangereuses et on arriverait à raréfier et peut-être à éteindre la fièvre typhoïde.

IV. — Les médecins militaires qui veillent avec tant de compétence sur l'hygiène de l'armée ont prescrit les mesures qui, au point de vue de la fièvre typhoïde, assurent la salubrité de la caserne ; par leur présence dans les Conseils d'hygiène, ils doivent agir sur l'autre terme du problème, tout aussi important, la salubrité des villes et des campagnes.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Le Comité d'initiative pour la **Lutte contre le Cancer** a élaboré l'appel suivant, que nous croyons devoir soumettre à nos lecteurs. En le publiant, nous pouvons indiquer que la première liste de souscription se monte déjà à 260.000 francs environ :

En dehors de l'opération précoce, large et logique, qui compte par milliers des succès durables, il n'y a point de remède au cancer. L'opinion des hommes de science et des praticiens est unanime sur ce point, dans le monde entier.

Ce mal inexorable exerce ses ravages avec une fréquence croissante, inquiétante, et c'est par centaines de mille qu'il faut compter chaque année les victimes de ce fléau de l'humanité.

Malgré de nombreux travaux, le cancer reste inconnu dans son essence, impénétrable dans ses causes, immuable dans sa fatalité.

Partout, dans tous les pays du monde, la lutte est organisée et toutes les grandes nations, l'Angleterre, l'Allemagne, les Etats-Unis, etc., etc., possèdent des établissements, instituts ou hôpitaux, où des savants de toutes les sciences travaillent à diminuer la somme de nos ignorances ; partout, excepté en France ; à la vérité, nous avons dans presque tous nos laboratoires des travailleurs ignorés, mais nous ne possédons même plus une publication spéciale qui puisse rassembler leurs travaux.

Il faut pour l'honneur de notre pays et le bien de l'humanité, que la France possède enfin une institution dont le but sera de centraliser tous les efforts et de les contrôler pour les mieux utiliser, de stimuler les initiatives, de faciliter les recherches. Qui sait si ce n'est pas de cet Institut qûe sortira la « Grande découverte », en un temps peut-être prochain?

Si l'on songe à ce qui a été fait en ces trente dernières années contre l'infection purulente, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, la rage, le tétanos, la diphtérie, etc., etc., notre foi paraîtra justifiée.

Nous avons en France des modèles de l'établissement qu'il est urgent de fonder. Nous voulons une institution libre, maîtresse chez elle, ouverte à tous et travaillant pour tous; le biologiste, le zoologiste, le vétérinaire, le botaniste, le chimiste, le bactériologiste, etc., y devront collaborer avec le clinicien médical; et lorsque par le commun effort, la nature du mal aura été découverte, le remède sera bien près.

Pour atteindre un pareil but, pour remplir un aussi vaste programme, il nous faut de l'argent, beaucoup d'argent; c'est pourquoi nous signons cet appel à tous, chacun devant nous prêter assistance dans la mesure de ses moyens.

La lutte contre le cancer, œuvre scientifique, est aussi un devoir d'humanité.

Le Comité d'initiative pour la lutte contre le Cancer est ainsi composé : *Président :* M. Duplay, professeur honode la Faculté de médecine de Paris. *Membres :* MM. Poincaré, président de l'Académie des sciences; Berthelot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences; Chautard, président du Conseil municipal de Paris; de Selves, préfet de la Seine; Lépine, préfet de police; Ranson, président du Conseil général de la Seine; Mesureur, directeur général de l'Assistance publique; Jean Dupuy, sénateur; Lavisse, de l'Académie française, directeur de l'École normale; Guéniot, président de l'Académie de médecine; Guignard, de l'Institut, dirirecteur de l'cole de pharmacie; Roux, de l'Institut, directeur de l'Institut Pasteur; Debove, doyen de la Fáculté de médecine de Paris; Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Gross, doyen de la Faculté de médecine de Nancy; Combemale, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; Caubet, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse; Barrier, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort; Chauveau, de l'Institut; Bouchard, de l'Institut; Becquerel, Gautier, Appel, Guyon, d'Arsonval, Yves Delage, Dastre, de l'Institut; A. Fournier, Dieulafoy, Ch. Richet, Cornil, Berger, Landouzy, Alb. Robin, professeurs de la Faculté de médecine de Paris; Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille; Pallain, gouverneur de la Banque de France; Morel, gouverneur du Crédit Foncier de France; de Verneuil, syndic des agents de change; baron Edmond de Rothschild; Pierre Delbet, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; docteur Henri de Rothschild. *Secrétaire :* Paul Poirier, professeur de la Faculté de médecine de Paris.

Le bureau et les sections de l'**Association internationale pour la protection légale des travailleurs**, réunis à Saint-Gall, le 1er Juin 1906, en assemblée, ont pris la résolution de faire adopter par le procédé qui leur paraîtra le plus convenable les principes fondamentaux suivants pour combattre d'une façon systématique les dangers d'intoxication par les poisons industriels.

I. — Obligation, pour les médecins traitants et les administrations hospitalières, de porter à la connaissance des autorités compétentes les cas d'empoisonnement par des poisons industriels déterminés par des règlements administratifs. Les médecins seront indemnisés pour le service rendu.

II. — Dans les pays où existe l'assurance-maladie obligatoire, il importe que les médecins des établissements qui fabriquent ou emploient des poisons industriels soient rendus absolument indépendants des patrons de ces établissements.

III. — Les établissements fabriquant ou employant des poisons industriels devront être déclarés par les chefs d'établissements.

IV. — Les Caisses de maladie et les Sociétés de secours mutuels doivent, dans leur propre intérêt, accorder une attention toute spéciale à ceux de leurs membres qui travaillent dans les établissements fabriquant ou employant des poisons; elles doivent faire des enquêtes de morbidité spéciales et communiquer les résultats de celles-ci aux inspecteurs du travail, pour les mettre à même de combattre efficacement les causes d'empoisonnement.

V. — Il y a lieu de favoriser dans les écoles de médecine l'étude et la connaissance des empoisonnements industriels; les jeunes médecins devront être rendus attentifs, dans des cours spéciaux, à l'importance de l'hygiène ouvrière et à la prophylaxie des maladies professionnelles.

VI. — Afin d'assurer une surveillance vraiment efficace des établissements qui produisent ou emploient des poisons industriels, il conviendra d'en charger, en dehors des médecins traitants déjà mentionnés, des médecins-inspecteurs ayant une connaissance approfondie et spéciale de l'hygiène industrielle.

VII. — Il y a lieu de régler la durée du travail journalier dans chaque industrie dangereuse en tenant compte du degré de toxicité des poisons industriels manipulés.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Par **arrêté rectoral** en date du 9 novembre, M. Vochelle Henri, pharmacien de 1re classe, est nommé aide-préparateur de parasitologie à la Faculté de Médecine en remplacement de M. Descamps, démissionnaire.

Nous relevons parmi les récentes promotions dans le **corps de santé militaire** les noms de médecins stagiaires nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe et affectés dans des villes de la région du Nord; sont nommés : MM. les docteurs Barthès, Delahousse et Arnaud à l'hôpital militaire de Lille; Ferras (Henri), au 3e chasseurs à cheval à Abbeville (Somme).

Distinctions honorifiques

Nous relevons avec satisfaction les distinctions honorifiques qui ont été accordées à nos excellents confrères le docteur Hacot, d'Armentières, nommé officier de l'Instruction publique, et le docteur Desuet, d'Hersin-Coupigny, qui a reçu la médaille de bronze des épidémies.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Ecole préparatoire de Reims. — M. le docteur Langlet, professeur de physiologie, est nommé directeur. M. Bottu, pharmacien de 1re classe est chargé, pour l'année scolaire 1906-1907, d'un cours de chimie et toxicologie.

Notre Carnet

M. le docteur Eugène Baude, de Bapaume (Pas-de-Calais), nous fait part de la naissance de sa fille Madeleine. Nous lui adresson snos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

M. le docteur Félix Huriez, de Ferrière-la-Grande (Nord), nous fait part de la naissance de son fils Maurice. Nous lui adressons nos meilleur ssouhaits de santé pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Cabanes, de Mustapha (Alger) ; Hervé de Lavaur, de Rivesaltes (Pyrénées-Orientales) ; Gauchery, de Châteaudun (Eure-et-Loir).

Lenoir, de Villers-Outréaux Nord) ; Caron, ancien interne et médecin des hôpitaux de Lille. Nous prions la famille de ces confrères d'agréer l'expression de nos douloureuses condoléances.

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille
DU 14 OCTOBRE AU 10 NOVEMBRE 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	15	14
3 mois à un an	15	8
1 an à 2 ans	2	4
2 à 5 ans	4	4
5 à 20 ans	4	7
20 à 60 ans	54	38
60 ans et au-dessus	44	25
Total	138	100

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Erysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 1 an	Diarrhée et entérite : de 1 à 2 ans	Diarrhée et entérite : plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	8	22
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	»	1	6	1	3	3	»	»	»	1	»	9	28	40
Moulins, 24,947 hab.	»	»	»	»	»	4	»	»	»	1	1	2	1	»	»	5	»	»	»	»	»	9	23	54
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	12	»	»	6	»	2	3	1	4	1	6	»	»	»	»	»	15	50	84
Vauban, 20,381 hab.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	1	2	»	»	»	3	»	4	14	36
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	1	»	»	»	5	»	»	2	»	»	3	5	2	2	2	»	»	»	»	»	14	36	30
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	»	»	5	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	3	11	30
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	»	3	1	»	»	4	»	»	»	»	»	5	16	22
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	3	1	»	4	1	1	»	4	»	1	2	»	»	»	»	»	10	29	54
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	1	5	8
Sud, 5,908 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	7	10	17
Total	1	1	»	»	»	43	1	»	12	2	6	15	19	7	8	26	»	»	1	7	»	81	230	397

N° 515. Dixième Année. N° 47. Le Numéro : **10** centimes 24 Novembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

La myasthénie bulbo-spinale

par le Dr **L. Ingelrans,**
professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux

Il s'agit ici d'une singulière maladie, dont les observations ont été fort rares jusqu'en ces derniers temps. Elle prend à peine droit de cité dans les traités classiques élémentaires, où on ne fait que la signaler en passant, à cause de son caractère exceptionnel même. Toutefois, il se passe là ce qui arrive toujours : au fur et à mesure que le type morbide est mieux connu, on apprend à en faire le diagnostic et, conséquemment, les cas qui en sont publiés se multiplient depuis quelque temps. Ce ne sont point les malades qui augmentent de nombre, mais le diagnostic qui s'affermit. Nous pensons donc qu'il n'est pas inutile d'indiquer succinctement les notions actuellement acquises sur le sujet. Le hasard peut amener n'importe quel praticien à en rencontrer un exemple et, dans l'ignorance où l'on serait de l'existence de cette variété de paralysie, on se croirait en présence d'un fait non classé, alors que, bien au contraire, la symptomatologie et l'allure clinique de cette affection sont actuellement bien fixées. Comme c'est une maladie mortelle, on ne peut ignorer son existence.

I

C'est en 1878, au Congrès de Wiesbaden, que ERB signala ce « nouveau syndrome, vraisemblablement d'origine bulbaire ». On voit que la description n'en est pas nouvelle. Toutefois, lorsqu'en 1901, OPPENHEIM publia un très remarquable ouvrage sur ce sujet, il ne comptait que cinquante-trois cas authentiques et vingt-six cas douteux : le nombre des observations a plus que doublé depuis cette époque et, actuellement, il en paraît une vingtaine chaque année : il ne s'agit donc pas d'une affection vraiment rare (RAYMOND et LEJONNE, *Société de Neurologie*, 5 avril 1906).

ERB décrivait donc, en 1878, un syndrome particulier présenté par trois malades : ceux-ci, sans cause

connue et assez rapidement, avaient eu des paralysies incomplètes de certains nerfs crâniens et des nerfs cervicaux supérieurs. Point capital, l'état parétique était des plus changeants ; on notait des améliorations passagères, suivies de rechutes accentuées. La sensibilité était normale ainsi que l'intelligence ; rien aux sphincters, pas d'atrophie des muscles, mais, avant tout, une chute des paupières, avec de la faiblesse des muscles masticateurs et des muscles de la nuque. On verra plus loin ce qui peut s'y ajouter du côté de la langue et du nerf facial.

L'examen microscopique des centres nerveux — car bien des autopsies ont été faites, la mort survenant très fréquemment — l'examen microscopique, à l'aide des méthodes que nous possédons actuellement, ne décèle d'ordinaire aucune lésion importante. Aussi le syndrome d'Erb s'appelle-t-il encore parfois : paralysie bulbaire sans lésions anatomiques. A vrai dire, comme les membres se prennent plus tard à leur tour, on devrait dire paralysie bulbo-spinale sans lésions. Mieux vaut dire, sans rien préjuger, myasthénie grave pseudo-paralytique ou myasthénie bulbo-spinale.

Quels sont les sujets atteints ? plus spécialement des femmes — et les femmes jeunes sont surtout prises, alors que, dans le sexe masculin, l'apparition est d'ordinaire plus tardive et que, chez les enfants, on ne trouve guère d'observation et que la maladie y est vraiment exceptionnelle.

Cela débute souvent par des maux de tête, à caractères variables. Brusquement ou lentement apparaît une céphalalgie violente et fixe, ou, au contraire, peu marquée et non localisée. Dans les dernières observations publiées, celles de Raymond et Lejonne *(loco citato)*, on voit une crêmière de trente-huit ans qui, en 1902, éprouve une sensation particulière de froid au niveau de la nuque, acompagnée d'un certain endolorissement de la région frontale. Ces sensations disparurent, puis se montrèrent plus violentes en 1903, mais la maladie proprement dite ne débuta qu'en octobre 1904. La malade de J. de Léon *(Iconographie de la Salpêtrière,* juillet 1904), commença par avoir de l'hémicrânie avec des troubles gastriques. Mais la céphalée manque dans l'histoire de beaucoup de malades ; d'autre part, ils peuvent avoir des névralgies prémonitoires dans n'importe quelle région du corps, des vertiges, des troubles vaso-moteurs du côté de la face. Voilà, par exemple, le malade de Laquer et Weigert *(Neurologisches Centralblatt,* 1901) qui offre des accès subits de vertige, des accès nocturnes de palpitations et d'angoisse précordiale, puis des attaques syncopales et des douleurs cervico-dorsales, le tout précédant le début même de la maladie constituée. On voit que les prodromes offrent en somme une assez grande variabilité.

Le syndrome se constitue alors, après cette phase préliminaire plus ou moins prolongée, et c'est un syndrome *moteur*. Les manifestations sensitives font défaut ou sont peu dessinées (Raymond). Ce syndrome moteur se localise presque constamment d'abord dans les nerfs crâniens, émanant du pédoncule cérébral, de la protubérance annulaire et du bulbe.

Disons pourtant que le début par les membres peut se rencontrer, fort peu souvent d'ailleurs : la crêmière de Raymond dont il vient d'être question, après avoir eu deux ans des douleurs de tête, a par moments du serrement de la gorge avec impossibilité de parler, mais c'est peu de chose. Ce qui domine, c'est une fatigue générale, une perte des forces, un engourdissement des mains durant des heures à la suite de leur immersion dans l'eau froide. Il lui devient impossible de travailler, ses bras perdent leur force dès qu'elle a un peu agi, elle ne peut plus se coiffer. Peu de jours après, les jambes sont touchées à leur tour : la malade les trouve lourdes et la marche exagère cette lourdeur. A côté de ce cas, d'autres sujets tombent subitement dans la rue ou s'affaissent sur eux-mêmes au cours de leur travail (Jolly, Strümpell). Le sujet de Launois (*Société de Neurologie*, 2 février 1905) commence par sentir des fourmillements dans les doigts et remarque qu'il ne tient plus bien les objets qu'il touche avec l'auriculaire de la main droite, Mais pareil début n'est pas de règle, tant s'en faut, et d'habitude le tableau clinique commence par du ptosis, des paralysies des muscles oculaires, des troubles de la mastication, de la déglutition, de l'articulation des mots ; — et la marche est symétrique.

Le ptosis est ordinaire au commencement de la myasthénie bulbo-spinale. En 1899, Wilbrand et Saenger en réunissaient déjà trente-deux cas dans leur *Traité de neurologie oculaire*. La chute de la paupière n'est pas toujours bilatérale et lorsqu'elle l'est, elle est plus accentuée d'un côté que de l'autre. Un sergent-fourrier, vu par Raymond et Lejonne, entre d'emblée dans la maladie d'Erb par du ptosis : le 4 février 1906, après une semaine de surmenage qui

l'obligeait à travailler à son bureau jusque passé minuit, il remarque qu'il ne peut tenir les yeux complètement ouverts ; la paupière supérieure retombait malgré lui. A partir du 22 février, le ptosis diminue ; le 22 mars, il est devenu très léger. On voit de suite, par cet exemple, la mobilité et la fugacité de la paralysie musculaire, qui est tout à fait caractéristique de la myasthénie bulbo-spinale. C'est de l'asthénie, non pas de la paralysie vraie. Les muscles, examinés le matin au réveil, peuvent fonctionner, mais après une courte phase active, ils semblent transitoirement frappés d'incapacité motrice. D'autre part, il existe également des variations d'intensité de la paralysie, en quelque lieu qu'elle siège, non seulement en rapport avec la fatigue des muscles, mais en rapport avec des périodes plus ou moins longues de rémission et d'aggravation, pendant lesquelles le malade paraît tantôt presque guéri, tantôt, au contraire, singulièrement aggravé tout d'un coup dans son état. Ajoutons, d'ailleurs, qu'à côté de ces états de fatigue, réparables temporairement par le repos, il existe, dans la maladie d'Erb, de véritables paralysies (Oppenheim).

Pour en revenir au ptosis, on ne le confondra pas avec une contracture de l'orbiculaire des paupières, car on peut soulever facilement avec le doigt les paupières tombantes devant le globe de l'œil, et cela sans aucune résistance. C'est donc le releveur de la paupière supérieure qui est insuffisant. Le malade, gêné par ce ptosis, contracte ses sourciliers et ses frontaux pour diminuer l'intensité de la chute de la paupière. De plus, il rejette la tête en arrière pour voir plus facilement et, dit Guillain, il a naturellement un air somnolent. En général, l'œil est plus ouvert au réveil que le soir : de même, quand le patient fait des efforts répétés pour soulever ses paupières, au bout de quelque temps, il arrive à les laisser retomber d'une façon absolument complète, au point de devoir les tenir avec les doigts s'il veut continuer à voir.

Bien des malades offrent à ce moment, et même comme symptôme initial, du strabisme avec diplopie : les muscles moteurs du globe oculaire sont, en effet, parésiés comme le releveur, tandis que les mouvements de l'iris restent toujours intacts. On est en face d'une ophtalmoplégie externe, plus ou moins complète, rarement totale. C'est un ou plusieurs des muscles droits ou obliques qui cessent de fonctionner. Un malade de Raymond (*Presse médicale*, 26 février 1902) âgé de quarante-trois ans, s'aperçoit d'abord que sa vue se trouble, puis qu'il voit double : il existe une paralysie de la troisième paire crânienne du côté gauche. Le fond de l'œil et les réflexes pupillaires sont normaux, les droits internes sont paralysés à un moment donné (c'est-à-dire que l'œil droit se prend à son tour) ainsi que les droits supérieur et inférieur gauches. C'est là, dit l'auteur, une ophtalmoplégie externe, si tant est qu'on puisse donner ce nom à l'insuffisance fonctionnelle des droits internes et des droits supérieur et inférieur gauches. Nous citons çà et là ces quelques faits typiques, non qu'ils soient exceptionnels, mais pour illustrer cette description de quelques exemples.

Quand le ptosis et l'ophtalmoplégie externe coexistent, on a un patient aux yeux immobiles et aux paupières presque closes, avec la tête rejetée en arrière, qui réalise le facies d'Hutchinson, c'est-à-dire le facies de la poliencéphalite supérieure chronique ou ophtalmoplégie nucléaire progressive. Ce n'est pas un faux facies d'Hutchinson, c'est ce symptôme lui-même, avec la différence qu'il est permanent dans la poliencéphalite supérieure tandis que dans la myasthénie bulbaire il est variable, à cause des variations d'intensité des parésies musculaires qui l'occasionnent.

Ensuite, c'est le facial qui ne fonctionne plus, surtout le facial supérieur, celui qui innerve les frontaux, les sourciliers, les orbiculaires des paupières. Alors le front n'a plus de rides ; il est immobile et ne se plisse plus : avec les paupières déjà tombantes, le masque est figé, sans expression : il n'y a plus que les joues et la bouche qui soient animées de mouvements.

Quand le facial supérieur est pris, le facies est encore plus frappant, car le malade ne peut plus remédier au ptosis par la contraction du frontal et du sourcilier. Plus tard, le facial inférieur étant atteint des deux côtés, les joues et les lèvres se paralysent à leur tour : impossible de siffler, ni de faire la moue ; la salive et les aliments s'écoulent involontairement de la bouche et on croirait avoir affaire à un sujet atteint à la fois de poliencéphalite supérieure et inférieure, c'est-à-dire à un sujet ayant tout ensemble une ophtalmoplégie nucléaire progressive et une paralysie bulbaire labio-glosso-pharyngée. Mais il n'y a pas d'amyotrophie.

Et tout ce cortège symptomatique n'est souvent qu'ébauché, réduit parfois à une très simple expres-

sion. On lit dans les observations, par exemple : le facies est somnolent, sans expression, hébété ; le malade rit mal et fait mal les grimaces. C'est tout ; et même parfois encore moins : ainsi chez les malades qui n'ont que la troisième paire atteinte et où tous les membres sont touchés, sans qu'aucun nerf crânien participe à la myasthénie.

Les muscles masticateurs, asthéniés dans bien des cas, ne permettent que quelques mouvements de la mâchoire rapidement épuisés. Joignez-y la participation des muscles du pharynx et du voile du palais, et aussi de la langue et vous comprendrez que des patients ne puissent plus déglutir et doivent être alimentés à la sonde. Souvent les liquides repassent par le nez. Avec la paralysie possible des cordes vocales, la dysarthrie, déjà existante, devient maxima ; si le malade ne peut plus articuler les sons, il est anarthrique ; s'il ne peut plus les émettre à voix haute par lésion des cordes vocales, il est aphone, et seule, dans ce cas, la voix chuchotée persiste, mais encore très mal articulée et bredouillante.

La parésie des muscles de la nuque, dit Claude, est un des caractères les plus frappants de l'affection et qui la distingue de la paralysie labio-glosso-laryngée ; au plus haut degré, la tête n'est plus maintenue sur les épaules, le malade la soutient avec les mains ou bien la laisse inclinée en avant sur la poitrine. Les rotateurs du cou, surtout les sterno-cl ido-mastoïdiens, amènent par leur parésie telle ou telle attitude spéciale variable avec les divers cas.

Goldflam, qui a apporté, en 1893, une importante contribution à la myasthénie bulbo-spinale (à tel point qu'on l'appelle souvent avec raison syndrome d'Erb-Goldflam), a attiré l'attention sur les parésies des muscles des membres et du tronc qui peuvent réduire le patient à l'immobilité. On a vu plus haut que les membres se prennent quelquefois d'une façon précoce : c'est fort exceptionnel. D'habitude, c'est après les nerfs crâniens. Le malade de Launois et Klippel a les deux mains touchées ; il devient maladroit, ne peut plus boutonner sa chemise ; il est incapable de saisir normalement un objet, d'écrire convenablement. Puis les cuisses, les pieds et les lombes sont en jeu à leur tour ; tout d'abord, dans la descente des escaliers, la flexion du membre n'est plus naturelle, spontanée ; il est obligé de s'appliquer pour plier la jambe : sa démarche est incertaine et il doit se tenir à la rampe. Enfin, dans la marche sur terrain plat, il est obligé de faire effort et cependant les jambes lui obéissent mal : il marche à petits pas, ses jambes se raidissent. Il titube, se raccroche, lance les bras en tous sens, tombe. Les jambes sont très écartées. Il éprouve de la difficulté à se lever quand il est assis. La fatigue pour chaque mouvement apparaît avec rapidité. Au bout d'un certain temps de séjour à l'hôpital, il semble qu'on assiste à une période de rémission.

Un autre sujet (Raymond et Lejonne), en montant un jour en chemin de fer, s'aperçoit que, le pied mis sur le marchepied, il ne peut faire l'effort nécessaire pour s'enlever. Le lendemain, il ne peut marcher sans être rapidement obligé de s'arrêter : tout mouvement prolongé lui est impossible.

En général, aux membres, la paralysie affecte la racine, contrairement à ce qui se passe dans les polynévrites qui atteignent de préférence les extrémités.

Une autre malade, chez qui les muscles du thorax et de l'abdomen et les muscles moteurs du rachis sont pris, est incapable de se mettre sur son séant, même n'étant qu'à demi couchée et si elle a les bras croisés. Elle ne peut pousser pour aller à la garde-robe. Un autre ne peut s'étendre seul sur le parquet, tombe comme une masse, à genoux d'abord, puis la tête butant première en avant sans que ses bras puissent lui fournir le secours et le point d'appui nécessaires.

S'il cherche à se relever, il le fait un peu à la façon des myopathiques, il se retourne lentement sur le côté, peut parfois se mettre à genoux et cherche ensuite à s'aider de ses jambes, le long desquelles il voudrait grimper. L'effort est toujours trop grand pour lui et il retombe épuisé (Raymond).

D'ailleurs, répétons-le, il ne s'agit pas d'une paralysie au sens strict, mais d'une asthénie : les muscles sont incapables de faire face à un effort tant soit peu soutenu. Tout le tableau morbide est mobile et fugace. Les muscles, le matin au réveil, sont assez bons, mais la moindre activité les empêche de fonctionner. En dehors de cette exacerbation après les efforts, il se produit des phases de rémission et d'exagération de la myasthénie dont les causes sont inconnues et ces périodes ont une durée de nulle fixité, tantôt courte, tantôt au contraire assez prolongée.

Naturellement, les muscles qui doivent normalement se contracter d'une manière quasi-permanente tels que les releveurs des paupières, les muscles de

la mimique, ceux de la nuque et du rachis, etc., sont les premiers et les plus fortement parésiés. Ceux-là sont presque paralysés, mais n'empêche que le degré d'intensité de leur paralysie varie encore avec le repos et la fatigue, ce qui fait que tous les muscles, en somme, sont soumis à la même règle de fatigabilité rapide, à cette différence près que ceux qui se fatiguent le plus et constamment aboutissent à une parésie beaucoup plus profonde que les autres, qui ne fonctionnent qu'après des périodes de repos.

Les sphincters ne sont en aucun cas frappés (sauf un fait de Grocco où on a constaté l'épuisement du sphincter de l'iris). Les reflexes tendineux restent conservés, parfois diminués.

Pas non plus d'atrophie ni de trémulations fibrillaires des masses musculaires. Pour l'amyotrophie, ce n'est point une règle absolue, car elle est parfois présente, mais peu étendue cependant et non progressive.

On a rencontré diverses douleurs dont il a été question en commençant ; rarement se montrent des zones d'anesthésie, par exemple à la face palmaire de quelques doigts, à la région hypothenar, au niveau des épaules et des joues (malade de Launois). Les troubles intellectuels n'existent pas, non plus que la fièvre.

En ce qui a trait à l'électrodiagnostic, il n'y a point de réaction de dégénérescence, mais une réaction spéciale décrite par Jolly sous le nom de réaction myasthénique. Elle est à opposer à la réaction myotonique de la maladie de Thomsen.

Cette réaction de Jolly consiste dans l'épuisement, allant jusqu'à la disparition de l'excitabilité des nerfs et des muscles, avec des courants tétanisants, c'est-à-dire avec des courants faradiques à intermittences fréquentes. C'est très semblable à la réaction de l'épuisement vue par Benedikt chez des malades à lésions des hémisphères cérébraux. Le muscle se contracte fort et vite, puis ne répond plus. Si on augmente le courant ou si on laisse reposer le muscle, la contraction reparaît. Ces phénomènes, il faut le dire, ne sont pas constants et on peut les rencontrer ailleurs que dans la myasthénie bulbo-spinale : on les a vus dans des cas de myopathie, dans la sclérose en plaques, dans des paralysies cérébrales, dans des poliomyélites antérieures, etc. Nous n'insistons pas.

Le syndrome d'Erb a été vu en concomitance du goître exophtalmique, de l'hystérie, de la neurasthénie (Launois) de la migraine (Eisenlohr, Auerbach). Des recherches récentes et des plus curieuses, ont fait voir, au moyen de la radiologie, la dilatation du cœur sous l'influence de la fatigue chez les myasthéniques du type Erb-Goldflam (voir Lévi : *Wien. klin. Rundschau*, n° 14, 1906). Raymond vient de signaler de la bradycardie dans une observation, mais il n est pas certain qu'elle soit liée à la maladie. Au contraire, l'hypotension artérielle lui paraît avoir une véritable valeur et il rapprocherait cette hypotension de la myasthénie, si elle est confirmée, de celle qui existe dans les maladies de capsules surrénales, d'autant qu'en 1902 il avait eu une amélioration franche dans un cas par ingestion d'extrait de capsules surrénales.

Goldflam a étudié la toxicité urinaire d'un de ses malades sans résultat bien net. Sneve (*Saint-Paul medical Journal*, 1902) a trouvé dans le sang quantité de gros lymphocytes. Raymond et Lejonne ont observé une diminution des hématies et une anémie leucocytaire assez intense portant sur les polynucléaires. Ceux-ci, chez deux sujets, n'étaient plus que 36 0/0 et 53 0/0. Les formes jeunes des mononucléaires sont rares chez ces deux malades : il y a défaut de leucopoièse, ce qui est à rapprocher des constatations faites par Raymond et Alquier dans les ganglions lymphatiques d'un homme mort de myasthénie (*Archives de méd. expérimentale*, juillet 1905).

Venons-en à l'évolution du syndrôme d'Erb. Dans un type ordinaire, le ptosis commence, puis c'est le tour des muscles des yeux à se parésier, et de ceux de la phonation, de la déglutition, de la mastication, de ceux de la nuque, du tronc, des bras et des jambes. C'est une espèce de paralysie descendante ; toutefois, rien n'est moins fixe, la parésie des membres pouvant ouvrir la scène.

Quelques-uns sont tellement atteints parmi les patients qu'ils ne peuvent plus faire un mouvement : ailleurs, c'est si peu de chose qu'il n'existe que du ptosis.

La marche morbide demande des semaines ou des mois avant un établissement complet des signes cliniques. La symétrie est ordinaire : puis, cela va lentement et, après un an, deux ans, six ans même, tout est maximum et les troubles graves ont fait leur apparition, après des rémissions plus ou moins prolongées, paraissant parfois en rapport avec la température chaude (Raymond, Buzzard : *Brit. med. Journ.*, 1900). Raymond a vu une rémission de quatre années qui est peut-être une guérison. Ce dernier mot ne

doit être prononcé qu'avec une extrême réserve, car l'affection est capable de durer en tout quinze et même trente-cinq ans (Guillain). Le pronostic est effectivement des plus graves : la mort subite peut toujours arriver. La terminaison fatale se produit dans des crises respiratoires avec cyanose et tachycardie, ou encore par introduction d'aliments dans les voies respiratoires, causée par les grands troubles de la déglutition. Les crises respiratoires ne sont pas fatalement mortelles et il peut en survenir plusieurs, au cours et à la fin de la myasthénie.

II

Que trouve-t-on à l'autopsie? souvent absolument rien. Voilà un premier point. Quelquefois des altérations des vaisseaux du bulbe, des cellules des noyaux des nerfs crâniens, etc. Guillain déclare que nos techniques sont insuffisantes : c'est bien probable. Notons qu'en 1900, Déjerine et Thomas signalent des lésions assez limitées de l'écorce cérébrale sur les circonvolutions motrices du côté gauche, le pied du pédoncule cérébral gauche et le faisceau pyramidal des deux côtés. D'ailleurs, ces auteurs pensent que la myasthénie bulbo-spinale est un syndrôme concernant des affections différentes. Des modifications des fibres musculaires de la langue et du larynx se sont enfin rencontrées.

Hun (*Albany med. Journ.*, janv. 1904), a constaté une infiltration des muscles par des cellules lymphatiques. Link, en 1902, et Goldflam avaient déjà constaté le même aspect microscopique des coupes de muscles, infiltrés de cellules lymphoïdes. La stase lymphatique provoquerait-elle une altération des plaques terminales? Un travail important et tout récent de Buzzard (*Brain*, 1905, p. 438), porte sur cinq cas de myasthénie : Buzzard a toujours trouvé des foyers de lymphorragie dans tous les muscles, en particulier ceux de l'œil et même dans le myocarde : on en rencontre aussi dans le foie, les capsules surrénales, le corps thyroïde.

Au point de vue pathogénique, et dans un autre ordre d'idées, Oppenheim fait jouer un rôle important aux malformations congénitales : il a vu, une fois, un défaut de formation de l'aqueduc de Sylvius, divisé en deux par une cloison névroglique longitudinale. Sénator a également rencontré ce dédoublement du canal épendymaire et une disposition hétérotopique de la substance grise médullaire. Ces malformations, et d'autres encore que certains sujets présentent, permettraient de penser à une fragilité spéciale des centres nerveux. Massalongo croit que les cellules motrices sont congénitalement demeurées petites et incomplètement développées. Le moindre épuisement ferait éclater leur insuffisance native.

Il existe, de plus, une série de faits curieux, où l'on s'est trouvé en présence de lésions d'un tout autre genre. Laquer et Weigert *(loco citato)* autopsient un sujet myasthénique : il avait une tumeur maligne du thymus avec, dans les muscles, des amas de cellules lymphoïdes, comme celles que Link, etc. (*voir plus haut*) signaleront ensuite à leur tour, mais pour Weigert, c'étaient des métastases musculaires de la tumeur thymique. Il est vrai qu'antérieurement Hansemann avait déjà cité un lymphosarcome du thymus à l'autopsie d'un sujet myasthénique et que plus tard Hun vit un sarcome du thymus, Hodlmoser un thymus hypertrophié, etc. Nous ne pouvons tout citer : on pourra se reporter sur ce point comme pour les détails de l'étiologie au travail très documenté de Leclerc et Sarvonat dans la *Revue de Médecine* de novembre 1905.

En face d'altérations du thymus, on peut se demander si le syndrome d'Erb ne dépend pas d'une auto-intoxication agissant sur les noyaux moteurs de la protubérance, du bulbe et de la moelle, dépendante elle-même d'une nutrition défectueuse liée peut-être à la persistance d'une certaine quantité de parenchyme du thymus. Et d'ailleurs, l'idée de l'auto-intoxication vient d'elle-même à l'esprit lorsqu'on voit des sujets offrir à l'autopsie de l'insuffisance rénale (néphrite, tumeurs ou tuberculose du rein) ou hépatique. (une maladie de Banti concomitante dans le cas de Mohr : *Berl. klin. Woch.*, 16 nov. 1903). Auto-intoxication par suralimentation carnée chez le vieillard d'Oulmont (*Soc. de Neurol.*, 6 avril 1905), par occlusion intestinale chez Feinberg et par botulisme chez Préobrajenski (caviar, hareng et saucisse). Cela nous mène à l'étiologie.

Parfois, aucune cause tangible : tels, dit Leclerc, mes deux cas personnels et les quatre cas de Fajerstajn *(Die Myasthenie.* — Tübingue 1902). Ailleurs, le diabète, la goutte, la chloro-anémie, l'auto-intoxication génitale (menstruation, grossesse, état post-puerpéral), le froid, — en somme des causes sans doute assez banales, mais surtout, et il y faut insister, le surmenage intellectuel et physique. Il est maintes fois

poussé à l'extrême dans l'histoire de certains sujets (instituteurs, ouvriers, domestiques, servantes, modistes, etc. — voir le détail dans la revue de Leclerc et Sarvonat).

On conçoit que des excès de travail de tout genre puissent jouer un rôle capital dans un syndrome tel que celui d'Erb-Goldflam, où la fatigue musculaire domine tout.

Une autre grande place doit être réservée, parmi les causes, aux diverses maladies infectieuses. Raymond, cette année même, signale, parmi elles, la blennorragie. La syphilis se retrouve chez Dorendorf en 1902, chez Steinert, en 1903, déjà auparavant, en 1897, chez Devic et Roux — puis, citons pêle-mêle les infections broncho-pulmonaires, la tuberculose, la dothiénentérie, la grippe, l'érysipèle, la scarlatine, etc. Nous ne pouvons entrer dans aucun détail.

Voilà, en deux mots, le bilan de nos connaissances sur les causes de la maladie que nous étudions ici dans l'ensemble. Quelques faits de malformations congénitales pouvant faire penser à une fragilité anormale des centres nerveux, puis des fatigues exagérées, des intoxications exogènes ou bien plus souvent endogènes et des infections, bref, peut-être une influence du terrain, mais avant tout un empoisonnement de n'importe quelle espèce. A l'autopsie, les constatations sont négatives ou bien des altérations nerveuses mal définies et de sièges divers, des altérations viscérales (thymus, rein, foie) capables de créer les auto-intoxications sus-indiquées, enfin, plusieurs fois, dans les muscles, la présence de lymphorragies, gênant le cours de la lymphe, entraînant dans les muscles la stagnation des produits de déchet et comme conséquence l'épuisement musculaire immédiat ou rapide.

Toutes les observations, diverses dans leurs causes, leur pathogénie, leur anatomie pathologique, univoques seulement (et encore, jusqu'à quel point ?) dans leur séméiologie, sont-elles capables, par leur réunion, de constituer une maladie autonome, la myasthénie bulbo-spinale, ou si le cortège symptomatique n'autorise à créer, en suite de leur examen, qu'un syndrome, le syndrome d'Erb, correspondant à des causes et à des lésions variées, c'est ce à quoi l'on s'occupe actuellement de donner réponse, sans y être encore arrivé (voyez sur ce point la thèse de Fontanel, à Lyon, en 1905).

Il faut bien dire que la plupart croient aujourd'hui que la maladie n'est pas une, et Déjerine et Thomas le disaient déjà en 1900, au Congrès international de Paris, quand ils montraient que des lésions cortico pyramidales (c'est-à-dire des lésions du neurone moteur central) peuvent réaliser le tableau de la myasthénie, qu'au premier abord on croirait devoir toujours dépendre d'une altération des noyaux des nerfs crâniens ou des noyaux moteurs de la moelle épinière. Quoi qu'il en soit, si comme il est probable, la myasthénie n'est pas univoque dans son siège anatomique, il est permis de croire que, dans les formes absolument typiques, ce n'est peut-être qu'une poliencéphalomyélite non caractérisée au point de vue de l'histologie pathologique. L'atrophie musculaire progressive, la paralysie labio-glosso-laryngée, l'ophtalmoplégie nucléaire progressive dépendent de lésions connues des cellules des cornes antérieures et des noyaux moteurs des nerfs crâniens : quoi d'impossible à ce que d'autres causes touchent ces mêmes points sans détruire les cellules, donc sans atrophier les muscles, sans donner de lésions visibles à nos techniques microscopiques actuelles, mais toutefois capables malgré cela de paralyser les muscles après un très court fonctionnement et d'entraîner la mort à la manière des véritables paralysies bulbaires ? On peut certainement le soutenir et on l'a soutenu d'ailleurs. Mais on ne peut, malgré tout, tirer une conclusion ferme, d'autant que les constatations récentes de lymphorragies intra-musculaires ouvrent maintenant la porte à une conception purement musculaire du syndrome myasthénique d'Erb-Goldflam.

Cette pathogénie musculaire vient d'être portée à son plus entier développement par Klippel et Villaret (*Archives générales de Médecine*, 13 février 1906) dans un article intitulé : Asthénies et atrophies myopathiques. Ces auteurs déclarent qu'il peut exister tous les intermédiaires entre la myasthénie, les myopathies atrophiques et hypertrophiques, les paralysies familiales et la maladie de Thomsen. Pour eux, ces états qui paraissent si disparates ne seraient que les différents degrés d'une seule et même famille nosologique.

L'idée de Klippel et Villaret est la suivante : il existe trois formes de myopathies, correspondantes aux trois degrés d'une même cause pathogène, qu'elle porte sur l'appareil neuro-musculaire ou qu'elle frappe primitivement la cellule musculaire. La première forme est notre myasthénie bulbo-spinale : il y

a faiblesse musculaire, sans modification objective des muscles. La, seconde forme est la maladie de THOMSEN et les myopathies hypertrophiques : c'est une forme hypertrophique et l'hypertrophie n'y est souvent que la phase initiale de l'atrophie musculaire. La troisième forme, enfin, comprend les myopathies atrophiques qui sont les plus communes.

La filiation de ces trois formes se baserait sur l'anatomie pathologique : il existe une formule générale réactionnelle du tissu musculaire à laquelle obéissent aussi bien les muscles hypertrophiés qu'atrophiés : les myopathies de toute espèce ont une unité anatomique et celle-ci s'étendrait à la myasthénie (qui ne serait que le premier degré du trouble chimique fibrillaire) et s'étendrait aussi aux paralysies familiales périodiques. KLIPPEL et VILLARET s'efforcent d'établir les rapports cliniques de tous ces types. D'abord, ils déclarent que de nombreux points de contact existent entre la myasthénie et les myopathies ou dystrophies musculaires. Leur thèse est soutenue à l'aide de multiples arguments qui ne manquent pas de séduction. Ils déclarent, à la fin de leur exposition, que la théorie musculaire de JOLLY et de STRÜMPELL est la plus communément admise pour la myasthénie, que STEINERT croit qu'il s'agit d'une altération de l'appareil moteur périphérique et que ce trouble consisterait, suivant JOLLY et HEY, en une modification du chimisme musculaire. La myasthénie constituerait ainsi un premier degré de myopathie.

Ceci établi, les auteurs précités signalent des cas intermédiaires et des points de contact entre les formes qu'ils viennent d'étudier et la maladie de THOMSEN (ceci pour établir l'existence des trois formes de myopathies). Ces cas seraient représentés par les paralysies familiales périodiques, myopathies primitives héréditaires familiales où les muscles sont momentanément altérés dans leurs fonctions. Il existe une foule de raisons, que nous ne pouvons même signaler en passant, pour faire penser à la filiation de toutes les observations de myasthénie, de myopathies, de maladie de THOMSEN et de paralysies périodiques qui ont été publiées. En résumé, KLIPPEL et VILLARET concluent à l'unicité de tous ces états 1°) parce qu'ils sont surtout topographiés à la racine des membres et à certains muscles de la face ; 2°) parce qu'il se rencontre des cas de transition entre toutes ces variétés ; 3°) parce que dans toutes ces variétés, on a noté la coïncidence fréquente d'anomalies de développement des sujets porteurs de l'affection en question ; 4°) parce qu'anatomiquement, on peut admettre les mêmes lésions à divers degrés et que cliniquement l'évolution est similaire ; 5°) parce que l'étiologie de tous les groupes est comparable, congénitale et familiale d'ordinaire.

Je répète que cette conception de KLIPPEL et VILLARET est fort séduisante, car elle mène à une compréhension univoque de types morbides conçus comme fort éloignés par maints neurologistes. Mais je crois qu'elle force un peu les faits pour les faire rentrer dans un cadre factice. Je ne discuterai en quelques mots que ce qui concerne la myasthénie bulbospinale, dans ses rapports avec les autres anneaux de la chaîne proposée par les écrivains précités.

D'abord, ces auteurs admettent que la myasthénie, comme les myopathies, est maximum entre seize et vingt ans. Est-ce bien certain ? Passons sur ce point ; mais la myopathie est habituellement héréditaire et congénitale, familiale. La myasthénie n'offre que rarement ce caractère, de l'aveu même de KLIPPEL et VILLARET : c'est là une différence majeure. On tend à rapprocher d'autre part la myasthénie et la myopathie du type LANDOUZY-DÉJERINE : dans cette dernière, l'orbiculaire est pris ; le malade ferme mal les yeux ; dans la myasthénie, le malade ouvre mal les yeux au contraire, le releveur palpébral étant parésié d'abord, le facial supérieur ne se prenant que plus tard dans la majorité des faits connus.

Dans les myopathies, on voit une atteinte prédominante des muscles de la racine des membres, en est-il de même d'habitude dans la maladie d'ERB-GOLDFLAM ? Enfin l'amyotrophie ou l'hypertrophie musculaire ne sont que des exceptions chez le myasthénique, tandis qu'elles sont la règle dans les myopathies. Je sais bien qu'en admettant que la myasthénie n'est qu'un premier degré de myopathie, ce dernier argument n'a pas grande valeur. Encore est-il, à d'autres points de vue, que les rémissions qu'on trouve dans le syndrôme d'ERB sont rares dans la myopathie. Encore est-il que le myasthénique meurt par le bulbe et que cela donne un grand poids à une conception nerveuse et non musculaire de sa maladie. On répondra que les signes bulbaires sont probablement surajoutés et pourraient d'ailleurs s'expliquer par des lésions musculaires. On pourrait rèpliquer que rien n'est moins démontré et que c'est pure hypothèse. En somme, je ne veux point

déclarer que la manière de voir de Klippel et Villaret soit inacceptable ; je répète au contraire qu'elle offre une grande satisfaction à l'esprit en reliant des termes jusqu'ici dissociés. Mais ce n'est point une preuve suffisante des théories et des conclusions proposées et. jusqu'à plus ample informé, il n'est pas établi que le syndrôme d'Erb soit purement myopathique : cela est loin d'être admis par tous, l'origine nerveuse centrale ne manque pas de partisans et, pour le moment, les deux hypothèses me paraissent également soutenables.

III

Laissant de côté, dans ce court résumé, des discussions pathogéniques qu'on trouvera ailleurs (1) et qui n'ont d'intérêt que lorsqu'on peut les développer complètement et dans tous leurs détails, nous dirons encore deux mots d'un point capital en l'espèce, à savoir le diagnostic clinique de cette maladie.

A la phase prémonitoire de douleurs, on ne soupçonnera naturellement rien : on croira à des névralgies, à de la migraine, etc., mais rien de plus. Seule, l'apparition du ptosis, s'il marque le début du mal, obligera d'emblée le médecin à faire un diagnostic différentiel.

Le tabes est une des affections où la blépharoptose survient le plus fréquemment : les signes de Romberg, de Westphal et d'Argyll Robertson, qui existent dans l'ataxie locomotrice font défaut dans la myasthénie. De plus, le tabes est d'origine syphilitique, les troubles vésicaux y sont ordinaires, les crises gastriques, les zones d'anesthésie, l'ataxie également. On aura vite reconnu qu'on fait fausse route en se maintenant dans cette direction.

Éliminez alors le ptosis hystérique paralytique ou pseudo-paralytique et demandez-vous si vous n'êtes pas en présence d'une paralysie partielle de la troisième paire consécutive à une maladie infectieuse, surtout à la syphilis. N'hésitez pas à essayer le traitement spécifique si vous avez le moindre doute sur ce dernier point : une ponction lombaire vous montrera ensuite la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien s'il s'agit de syphilis cérébrale.

Le même diagnostic sera également à discuter au sujet des paralysies de n'importe quels muscles moteurs du globe oculaire. On ne sera sans doute pas très longtemps arrêté, car les allures fugaces et mobiles de la myasthénie auront peut-être déjà fait soupçonner la véritable nature du mal à un médecin instruit connaissant bien ses apparences cliniques. Sinon, un nouveau symptôme du côté du facial ou des muscles du cou, etc., viendra montrer l'erreur commise en rattachant tout l'ensemble à l'unique lésion d'un nerf moteur oculaire. Si, cependant, ces signes additionnels tardent à apparaître, il y aura eu certainement un moment où l'ophtalmoplégie nucléaire progressive aura été considérée comme presque évidente chez le malade examiné.

Ce diagnostic peut être difficile, car l'ophtalmoplégie nucleaire donne une abolition lente, progressive, des mouvements des muscles extérieurs des yeux, un ptosis généralement incomplet, des troubles de l'iris et des muscles intérieurs rares et tardifs, pas de douleurs, pas d'ictus, une longue durée d'évolution, plus tard une extension aux noyaux bulbaires ou à la moelle. Des formes très lentes de myasthénie ne pourront pas toujours être differenciées sûrement, mais l'attention doit toujours être attirée sur ce point que les vraies paralysies, on ne saurait trop le répéter, sont rares dans le syndrome d'Erb et que les symptômes moteurs changent beaucoup sous l'influence de la fatigue et d'autres conditions indeterminées, même s'ils sont limités aux muscles des yeux (dans ce dernier cas, c'est l'ophtalmoplégie asthénique de Karplus). S'il existe une ophtalmoplégie interne, on pourra éliminer la myasthénie.

Maintenant faut-il passer en revue tous les états morbides où le ptosis peut exister ? c'est littéralement impossible. Il y a un ptosis congénital, un ptosis d'origine corticale ; on voit le ptosis dans la paralysie générale, la sclérose en plaques, la syringomyélie, les diverses infections et intoxications, la poliencéphalomyélite aiguë, l'hémorragie cérébrale, le ramollissement et l'abcès du cerveau, les tumeurs cérébrales, les méningites, les fractures du crâne, la thrombose des sinus, les névrites, etc.

On le voit dans la migraine ophtalmoplégique et il est important de le savoir, car, comme dans la myasthénie, c'est un ptosis passager, mais il est lié à un

(1) Voir, en outre des articles cités au cours du texte, la monographie d'Oppenheim à Berlin, en 1901, la thèse de Fontanel (Lyon, 1905), le travail de Fajerstajn (*La Myasthenie*, Tubingue, 1902) ceux d'Yurryeff (*Med. pribav k. morsk, sborniku*, St-Pétersbourg 1904. pt. 1, p. 231, 316, 395) d'Albertoni (*Bull. des sc. méd. de Bologne*, 1906, VI, p. 53) de Dupré et Pagniez (*Iconographie de la Salpêtrière*, 1905), de Massalongo (*Clinica medica italiana*, 1902), les cliniques de Raymond. On trouvera facilement dans tous ces écrits la liste des travaux antérieurs.

accès de migraine, migraine ophtalmique, migraine accompagnée, etc. On n'aura donc pas de dificulté diagnostique de ce côté.

Rappelons la singulière maladie que Gerlier a décrite sous le nom de vertige paralysant et qui a été signalée au Japon également, où elle porte le nom de kubisagari. Ce n'est point du tout la même affection que la myasthénie, bien qu'il y ait des rapport entre elles deux (Guillain). Les auteurs japonais publient des observations de myasthénie qui ne doit pas être confondue avec le vertige paralysant (voir Nagazawa : *Tokio Iji-Shinshi*, 1905, p. 185, et Komùra : *Chiugai Iji-Shinpo*, 1906, XXVII, p. 289). Il existe ici des troubles de la vision accompagnant le ptosis, de la diplopie, de la photophobie, avec en outre de la paralysie des extenseurs de la nuque, le tout par séries d'accès durant chacun une à dix minutes. Le vertige de Gerlier existe dans le Jura et dure de un à cinq mois. Il suffit d'être prévenu de son existence pour le diagnostiquer.

Quand, dans la myasthénie, la face, la langue, les lèvres, le pharynx, etc. se prennent, on éliminera, d'après les caractères cliniques, la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne ou forme bulbaire de la sclérose latérale amyotrophique. L'amyotrophie à elle seule suffirait à poser le diagnostic. Pensez aussi aux paralysies pseudo-bulbaires, qui ne donnent pas d'atrophie, mais succèdent à des ictus apoplectiques plus ou moins marqués, provoquent une marche spéciale, à petits pas, avec rire et pleurer spasmodiques, etc , n'ont guère de variabilité dans leurs signes et arrivent d'ordinaire chez des artério-scléreux.

Quand le début du syndrome d'Erb se fait par les membres, on pourrait croire un moment à la claudication intermittente de la moelle, ou à des états de parésie consécutifs à de petites hémorragies cérébrales. On pourrait trouver de quoi faire confusion dans presque tous les chapitres de la neuropathologie : chaque cas veut une discussion diagnostique spéciale. On ne peut signaler que les grandes lignes.

Les neurasthéniques ont aussi une apparition rapide de la fatigue dans les membres à l'occasion du moindre effort : c'est un épuisement rapide, mais, contrairement à la myasthénie, il est plus intense le matin au réveil. Enfin, la maladie décrite par Westphal, sous le nom de paralysie périodique, est une paralysie rapide des membres et du tronc, avec intégrité habituelle de la langue, de la face et du pharynx. L'accès de paralysie a lieu la nuit et se termine d'habitude vers midi. Ces accès sont quotidiens, hebdomadaires ou plus éloignés, avec intégrité de l'état du sujet dans l'intervalle. Il n'y a pas à s'y tromper d'habitude.

Malgré tout ce qui vient d'être dit, il suffit de lire quelques observations de myasthénie bulbo-spinale pseudo-paralytique, pour voir les difficultés habituelles qu'on rencontre à caractériser l'affection, ou mieux le syndrome. On a vu, à propos de la pathogénie, les ressemblances avec les myopathies. Inutile d'en rien dire de plus, puisque les deux affections sont peut-être, pour certains, une seule et même chose. La réaction myasthénique de Jolly n'est nullement pathognomonique et ne peut que corroborer le diagnostic porté. On se trouve parfois vis-à-vis de cas de maladie d'Addison avec extrême fatigue qui pourraient simuler la myasthénie d'Erb, mais dans cette dernière, pas de douleurs, ni de troubles intestinaux, ni de mélanodermie, et d'ailleurs, l'asthénie des addisonniens est indépendante de tout mouvement. Ne pas oublier non plus la paralysie asthénique diffuse des convalescents de Gubler (voir *Journal de Médecine de Bordeaux*, octobre 1903) et l'akinesia algera, où il n'existe pas d'asthénie, mais seulement l'impossibilité de remuer sans douleurs. (j'en ai donné une description dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 juin 1905). Reste enfin l'hystérie, qui simule tout et à laquelle il faut toujours penser, en face de n'importe quel état morbide.

La maladie d'Addison, qui vient d'être citée, mène naturellement à parler du traitement de la myasthénie par l'extrait de capsules surrénales. C'est Raymond, qui, en 1901, en a fait ingérer à un malade et a vu son état s'améliorer considérablement durant quelques semaines : le changement était franc et Raymond proposait aussi l'extrait de thymus.

En janvier 1905, le même auteur montrant à la *Société de Neurologie* un sujet guéri depuis quatre ans dit que ce n'est pas à l'ingestion de poudre de thymus et de pilules d'extrait de capsules surrénales prises pendant un temps très court qu'il faut attribuer cette guérison.

Murri donne cent à cent cinquante grammes de glycose par jour, ce qui paraît rationnel. Buzzard a employé la thyroïdine. L'électricité est peut-être dangereuse : le massage ne donne rien.

Dans ces conditions, on cherchera de tous côtés

la cause possible du mal, si on a un de ces malheureux myasthéniques à soigner et, si on dépiste la syphilis ou l'insuffisance hépatique ou rénale, on devra tout au moins appliquer une thérapeutique appropriée à ce qu'on constate, en attendant que de nouvelles recherches sur la nature de la myasthénie permettent un traitement plus encourageant.

VARIÉTÉS & ANECDOTES

L'amour chez les animaux

Tout ce que nous faisons en amour, les animaux l'ont pratiqué dès longtemps avant nous. Les inventions sexuelles de l'humanité sont presque toutes antérieures ou extérieures à l'homme, a dit M. RÉMY DE GOURMONT ; il n'en est aucune dont le modèle et même perfectionné, ne lui soit offert par les animaux, par les plus humbles. Lascivité, caresses, postures étranges, abberration des sens, les animaux connaissent tout cela. « Vue à cette lumière des mœurs animales, la débauche perd tout son caractère et tout son sel parce qu'elle perd toute son immoralité. L'homme qui réunit en lui toutes les aptitudes des animaux, tous leurs instincts laborieux, toutes leurs industries, ne pouvait éviter l'héritage de leurs méthodes sexuelles : Et il n'y a pas une luxure qui n'ait dans la nature son type normal. » Oui, l'amour dont nous nous targuons n'est que la synthèse des instincts obscurs de myriades d'êtres dont nous nous croyons séparés, alors que nous ne sommes que leurs imitateurs.

Célimène existe chez les insectes ; le pigeon est volontiers adultère ; la femelle du grillon, qui est muette alors que son pauvre mâle est sourd, recommence chaque année la scène de la nymphe qui se cache sous les roseaux, *fugit ad salices*. Quand la grillonne a entendu son mâle, elle accourt, se montre un instant puis se cache sous une feuille. Ecartant le rideau, nous dit le bon FABRE (*Promenades entomologiques*), elle se dérobe et désire être vue, *et se cupit and videri*. Nous sommes fiers de nos arts ; né de l'amour, l'art existe chez les animaux. Les oiseaux perfectionnent leurs danses, modulent leurs chants pour mieux plaire à l'amie. *L'amblyornis ornata*, ce singulier oiseau de l'Australie, fait mieux. Dès qu'il a choisi l'aimée, il cherche une clairière abritée, y dessine un parc qu'il émaille de fleurs, et construit une maison, — le petit hôtel entre cour et jardin des galants de notre espèce. Il est des animaux monogames, les batraciens, les sauriens. Tantôt le mâle est le plus fort, le mieux doué ; tantôt inapte à la lutte, il est le plus faible, et nourri par ses femmes, il a des mœurs qui confinent au vagabondage spécial puni par nos lois. Mais il se rachète par la mort, ce frère de la volupté, tel le bourdon qui vit aux dépens des bonnes ouvrières, jusqu'au jour du vol nuptial. Par un beau matin, la reine des abeilles est sortie de son palais, escortée des clameurs et du frémissement de tout un peuple en joie. Elle monte vers le ciel, très haut, toujours plus haut. Les mâles la suivent d'abord en pelotons serrés, puis égrenés, semés en route. L'élu cependant, plus rapide que la royale fugitive, la gagne de vitesse ; il la saisit enfin et s'accouple, dans la splendeur du jour naissant. Mais à peine le grand mystère s'est-il accompli que la pauvre Icare tombe foudroyé, laissant ses organes, trophées d'amour, dans les flancs de la reine, qui, apaisée, rentre en son palais...

Il est des cas où la femelle porte, comme on dit, les culottes ; chez les mantes, par exemple. L'araignée, elle, sacrifie son malheureux amant aussitôt après le coït : c'est la Cléopâtre ou la Marguerite de Bourgogne des espèces animales. La femelle du ver luisant devient phosphorescente à la saison des amours. Dans le buisson, sur le bord du chemin, elle allume sa petite lanterne comme pour dire à l'amant : Viens, je suis là. Et celui-ci, qui est le seul à posséder des ailes, accourt éperdu à travers l'espace. Pas plus que le signal de la fenêtre, l'échelle de corde n'est invention des humains ; c'est par un fil qui pend de la toile que le mâle de l'araignée escalade la chambre nuptiale où il va trouver l'amour et la mort.

Mais que dirai-je de la taupe ? « Sa vulve, extérieurement imperforée, dit M. DE GOURMONT, est voilée de peau velue comme le reste du corps. Elle doit, pour être fécondée, subir une véritable opération chirurgicale. A l'époque du rut, oubliant ses chasses, le mâle se met en quête d'une femelle, et dès qu'il l'a devinée, il creuse dans sa direction, excave avec fureur la terre hostile. Se sentant pourchassée, la femelle fuit, l'instinct héréditaire la fait trembler devant l'outil qui va lui ouvrir le ventre, devant ce redoutable pénis armé d'une tarière qui perfora sa mère et toutes ses aïeules. Elle fuit, elle creuse, à mesure que le mâle s'avance, des tunnels enchevêtrés où peut-être son persécuteur finira par perdre son chemin. Mais le mâle, lui aussi, est instruit par l'hérédité. Il ne suit pas la femelle, il la contourne, l'enveloppe, finit par l'acculer dans une impasse, et tandis qu'elle enfonce encore dans la terre son museau aveugle, il l'agrippe, l'opère et la féconde. Quel plus charmant emblème de la pudeur que cette petite bête au pelage noir et roux, et quelle vierge humaine montra jamais une telle constance à garder sa vertu ? Et laquelle, seule dans la nuit d'un palais souterrain, userait ses mains à ouvrir les murs, toute sa force à fuir son amant ? Des philosophes ont cru que la pudeur sexuelle était un sentiment artificiel, fruit des civilisations. Ils ne connaissent pas l'histoire de la taupe, ni aucune des histoires vraies qui sont dans la nature, car presque toutes les femelles sont craintives, presque toutes réagissent, à l'apparition du mâle, par la peur et par la fuite. Nos vertus ne sont jamais que des tendances physiologiques, et les plus belles sont celles dont il est interdit même d'essayer l'explication.

(*Belgique médicale*). Dr F. HELME.

BIBLIOGRAPHIE

NOUVEAU TRAITÉ DE MÉDECINE ET DE THÉRAPEUTIQUE, publié en fascicules sous la direction de MM. P. BROUARDEL et A. GILBERT, professeurs à la Faculté de médecine de Paris. *Vient de paraître :* INTOXICATIONS, par CARNOT, WURTZ, LETULLE et LANCEREAUX. 1 vol. gr. in-8 de 353 pages. Broché, 6 fr. Cartonné, 7 fr. 50 (Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le *Traité de Médecine et de Thérapeutique* des professeurs BROUARDEL et GILBERT avait à peine terminé sa publication, que les progrès de la science rendaient utile une nouvelle édition. Les éditeurs et les auteurs, qui mettent à la faire paraître tout le soin et toute l'activité désirables, ont été bien inspirés en changeant le mode de division des volumes. Les gros livres de la première édition n'avaient pas seulement l'inconvénient de leur poids. Le nombre des articles qu'ils contenaient, dont beaucoup étaient d'auteurs différents, augmentait les causes de retard à leur apparition, rendait plus difficile l'exposé nouveau d'une question transformée par une acquisition récente de la science.

Cette nouvelle édition paraît en fascicules séparés, ayant chacun leur titre, leur pagination propre, leur table des matières. Chacun se vend séparément et constitue un tout complet.

Le fascicule XI, qui vient de paraître, est consacré aux *Intoxications*.

L'étude des *Intoxications en général* est faite par le Dr P. CARNOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Il traite successivement des causes générales d'intoxications (intoxications exogènes, auto-intoxications et intoxications microbiennes), des principaux facteurs de toxicité et de la détermination des équivalents toxiques, enfin du mécanisme des intoxications, du métabolisme des substances toxiques et des réactions antitoxiques de l'organisme.

M. WURTZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, traite du *Phosphorisme*, de l'*Arsenicisme*, des *Intoxications par l'oxyde de carbonne*, le *Gaz d'éclairage* et le *Sulfure de carbonne*, de l'*Empoisonnement par les hydrocarbures*, du *Tabagisme*, de l'*Empoisonnement par l'opium*, de la *Morphinomanie*, du *Cocaïnisme*, enfin des *Empoisonnements par les champignons* et des *Intoxications alimentaires* (aliments frais et conserves).

M. LETULLE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, s'est chargé des articles *Saturnisme* et *Hydrargirisme*.

Le volume se termine par une très importante étude sur l'*Alcoolisme*, de M. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine, dont on connait la compétence toute spéciale sur ce sujet.

NOUVELLES & INFORMATIONS

Distinctions honorifiques

A été désigné pour servir au 6e chasseurs à cheval à Lille, M. le docteur BEAUMONT, médecin aide-major de 2e classe.

Notre Carnet

Le docteur Jacques CURMER, de Saint-Étienne-du-Rouvray, près Rouen, nous fait part de la naissance de sa fille FRANÇOISE. Nous adressons à cet excellent confrère nos meilleurs souhaits pour la santé de Madame CURMER et de l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs SARRAZIN, médecin principal de l'armée en retraite ; SARREMONE DE MAHY, député de la Réunion ; BOISY, à Gannat (Allier) ; PLANTEAU, professeur à l'école de médecine d'Alger ; GUERTIN, de Chinon (Indre-et-Loire) ; JAY, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

BILLON, de Loos. Nous prions la famille du doyen des médecins du Nord d'agréer l'expression de nos sincères condoléances.

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **L'unité de la neurobiologie humaine**, par le professeur GRASSET, extrait de la *Revue Scientifique*, 1906.

— **Rapport fait au nom de la Commission chargée d'organiser le projet de loi adopté par la Chambre des deputés sur l'emploi des composés de plomb dans les travaux de peinture en batiment**, par M. Alcide TREILLE, sénateur, Paris, *Moulin*, 1906.

— **Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire et mécanisme de l'infection tuberculeuse, troisième mémoire**, par MM. CALMETTE et GUÉRIN, extrait des *Annales de l'Institut Pasteur*, août 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Ch. TUAL.

N° 516. Dixième Année. N° 48. Le Numéro : 10 centimes 2 Décembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur la pathogénie du Genu Recurvatum dans la coxalgie Influence des contractures,

par M. le Dr Bachmann, médecin-résident au Sanatorium de Saint-Pol-sur Mer.

Dans un travail publié par PHOCAS et BENTZ au numéro de Mars 1902 de la *Revue d'Orthopédie*, où ils ont résumé les observations de 22 coxalgiques, tant garçons que filles, en traitement à cette époque au Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer, ces auteurs font mention de deux théories du genu recurvatum dans la coxalgie, et jugent ces théories à la lumière des cas observés par eux.

A la théorie de CAMPENON, qui fait intervenir la contraction prédominante des muscles antérieurs de la cuisse, extenseurs du genou, en regard de l'atrophie des muscles postérieurs ; à la théorie de LIBERSAT (Thèse de Lille 1902) fondée sur trois observations de coxalgie avec ankylose, PHOCAS et BENTZ opposent leurs observations qui corroborent en partie la première et infirment la seconde.

Bien qu'ils n'aient tiré aucune conclusion nette des faits observés par eux, ils n'en font pas moins ressortir la fréquence du genu-recurvatum chez les malades couchés depuis longtemps et surtout chez ceux traités par l'extension continue ; enfin ils signalent l'équinisme comme pouvant jouer un rôle dans la production du genu-recurvatum « chez les enfants qui marchent », en expliquant ce rôle de la façon suivante : l'enfant ayant un pied équin se trouve obligé, pour poser le talon sur le sol, de forcer un peu l'extension du genou.

Nous avons observé au Sanatorium un grand nombre d'enfants coxalgiques de tous âges. Le genu-recurvatum, à des degrés divers, nous a paru fréquent. Nos constatations sont d'ailleurs identiques à celles de PHOCAS et BENTZ. Comme eux, nous attachons une grande importance étiologique au repos au lit, surtout

lorsqu'il est prolongé, et dans bien des cas l'extension continue ne nous a pas paru étrangère à la production de la difformité qui nous occupe. Du reste, le mécanisme invoqué par KIRMISSON (*Traité des difformités acquises de l'appareil locomoteur)*, pour expliquer les fâcheux effets de l'extension continue, ne peut être nié. L'appareil de traction, même fixé au dessus du genou, finit toujours par descendre un peu ; cessant alors de s'appliquer sur les condyles fémoraux par ses circulaires supérieurs, il prend son appui sur le tibia et exerce son action, non sur la hanche qu'il doit soulager ou redresser, mais sur le genou dont il distend et affaiblit l'appareil ligamenteux.

Il est pourtant des cas où l'extension continue ne peut être invoquée comme cause du recurvatum, et nous citerons plus loin l'observation d'un enfant atteint de coxalgie *double* avec *double* genu-recurvatum très prononcé, chez lequel aucun appareil à extension continue n'avait jamais été posé.

L'*atrophie* est, sans contredit, le facteur étiologique le plus important du recurvatum, mais ce n'est pas, à notre avis, dans le sens où l'entend CAMPENON, c'est-à-dire par sa prédominance aux groupes postérieurs de la cuisse, mais bien au contraire par sa *généralisation* non seulement à *tous* les muscles du membre malade, mais encore à tous les *tissus* du membre — os et ligaments — qui participent, à des degrés divers, au trouble trophique général dont souffre le membre atteint d'arthrite.

Mais si l'atrophie du membre vient en tête des causes déterminantes du genu-recurvatum — puisqu'elle ne manque jamais dans aucun cas, et est toujours même assez marquée, — cette atrophie elle-même, sous la dépendance d'une irritation médullaire d'origine réflexe, doit être d'autant plus rapide et plus prononcée que les causes d'irritation de la moelle sont plus nombreuses. L'inflammation articulaire, — douloureuse ou non — est certes la cause principale de cette atrophie réflexe : c'est l'irritant médullaire par excellence, mais ce n'est pas le seul. Les contractures (musculaires), qui résultent du même processus réflexe que l'atrophie, réagissent à leur tour sur celles-ci pour l'exagérer encore; en même temps elles déterminent certaines *attitudes*, éminemment propres, à notre avis, à faciliter la production d'un genu-recurvatum dans un membre déjà prédisposé par une nutrition vicieuse à tous les troubles de développement.

Parmi ces attitudes dues aux contractures, il en est une que l'on rencontre avec une fréquence toute particulière chez les coxalgiques, c'est l'*équinisme*, — *avec* ou *sans* varus — le plus souvent *sans*. — PHOCAS et BENTZ ont eu raison d'appeler l'attention sur l'équinisme, *mais ils ne paraissent pas en avoir tiré tout le parti qu'il est possible d'en tirer pour expliquer le genu-recurvatum.*

Ils semblent n'en avoir remarqué les effets que chez les malades *qui marchent*; or l'équinisme observé chez ces derniers est presque toujours apparu déjà pendant qu'ils étaient encore *immobilisés au lit*. Dans la grande majorité des cas l'attitude en équin se prend *au lit*. Elle commence à manifester son action chez le coxalgique alité, *et cela d'une façon toute différente* de celle que décrivent PHOCAS et BENTZ.

Chez certains malades, surtout les nerveux, les contractures sont extrêmement violentes; elles ne sont *pas* en raison directe de la douleur, qui est quelque fois relativement peu vive, et d'ailleurs elles persistent avec une intensité à peine moindre après plusieurs mois d'une immobilisation bien faite qui a réussi à calmer beaucoup une coxalgie très douloureuse à l'origine Elles ne sont pas davantage en raison directe de l'*intensité* des lésions inflammatoires; elles persistent en effet presque aussi fortes qu'au début après un an de traitement lorsque d'autres signes permettent d'affirmer que le processus est entré en voie de guérison.

A la cuisse, cette contracture intéresse tous les muscles, avec prédominance aux adducteurs et aux fléchisseurs ; à la jambe *elle prédomine au groupe musculaire le plus puissant*, *le triceps sural*, et produit alors cet équinisme parfois si intense que le pied se trouve pour ainsi dire crispé en hyperextension dans le prolongement de l'axe de la jambe.

Lorsqu'à l'action du triceps sural se combine celle du jambier postérieur, le varus s'ajoute à l'équin, et il peut se produire à la longue une véritable subluxation astragalienne avec saillie de la poulie hors de la mortaise, en avant et en dessous de la malléole externe.

* * *

Lorsque, par une extension continue agissant en bonne place, sur le fémur, on est arrivé à vaincre la contracture de tous les muscles entourant la hanche; lorsque, après avoir mis « à la raison » pour ainsi dire, les adducteurs, les pelvitrochantériens, et les muscles postérieurs de la cuisse fléchisseurs du genou

on est arrivé à *fixer* la hanche dans une situation voisine de la rectitude, si le *genou* et le *cou de pied* ne sont pas immobilisés en même temps que la hanche, ces deux articulations continuent à subir l'action de tous les muscles qui les entourent et dont dépend leur mobilité — et par suite leur immobilité, — et l'action prédominante du groupe musculaire le plus puissant, le triceps sural, en contraction tétanique permanente, maintient l'équinisme.

Mais si l'on considère l'action physiologique du triceps sural, d'après ses insertions, on se souvient qu'il est, en même temps qu'extenseur du pied, *fléchisseur du genou* — par les jumeaux qui s'insèrent en haut, au dessus des condyles fémoraux. La contraction tétanique aurait donc pour effet de maintenir *non seulement le pied étendu*, mais aussi *le genou fléchi*, — si le *quadriceps fémoral, par son action antagoniste, ne fixait le genou en extension, rendant ainsi possible le décubitus dorsal du malade.*

Il en résulte que dans une coxalgie maintenue immobilisée par un appareil à extension continu même fixé au bon endroit, — ou par un appareil plâtré qui ne prenne que la hanche, en laissant le genou libre, il reste *deux groupes musculaires* gardant encore leurs contractures parce qu'aucune force ne s'applique à les vaincre : le triceps sural *primitivement* et le quadriceps fémoral *consécutivement*.

L'action permanente du premier groupe s'épuise sur l'articulation tibio-tarsienne *qu'il étend*, mettant le pied en équinisme.

L'action permanente du deuxième groupe se porte *tout entière sur le genou*, puisque la hanche est fixée : cette action ne peut que favoriser l'hyperextension de la jambe sur la cuisse, — c'est-à-dire le genu-recurvatum.

Que par suite de l'atrophie générale des tissus du membre malade, il se produise une perte d'élasticité de l'appareil ligamenteux du genou, elle se fera surtout sentir en arrière, où les ligaments sont faibles ; et les tractions intempestives effectuées sur le tibia augmenteront cette laxité ligamenteuse dans les parties où elle est le plus facile à produire et où aucune action musculaire énergique ne résiste à ces tractions, — c'est-à-dire en arrière encore.

Quant à la croissance des os (1), elle pourra, pour les mêmes raisons, se faire d'une façon anormale au niveau des extrémités osseuses dont la juxtaposition constitue l'articulation du genou (condyles fémoraux — extrémité supérieure du tibia). Cette croissance sera plus rapide et plus normale au niveau de la partie postérieure de l'articulation, où elle n'est pas entravée ; elle sera, au contraire, plus lente et moins active en avant où elle sera gênée par la pression réciproque continue, des surfaces articulaires.

(1) Voy. Le Fort : Congrès français de chirurgie, 3 octobre 1906.

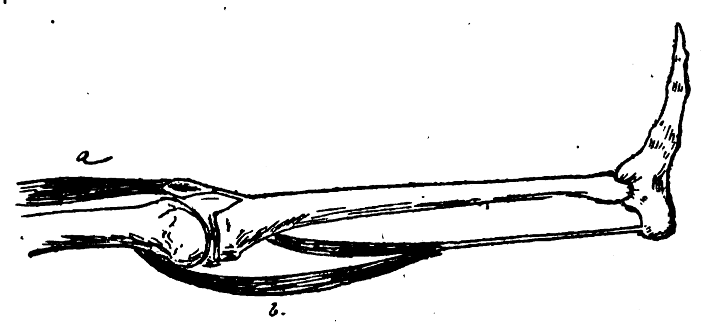


Fig. 1. — Articulation du genou à l'état de repos avec les deux groupes musculaires quadriceps fémoral (*a*) et triceps sural (*b*) en état de tonicité.

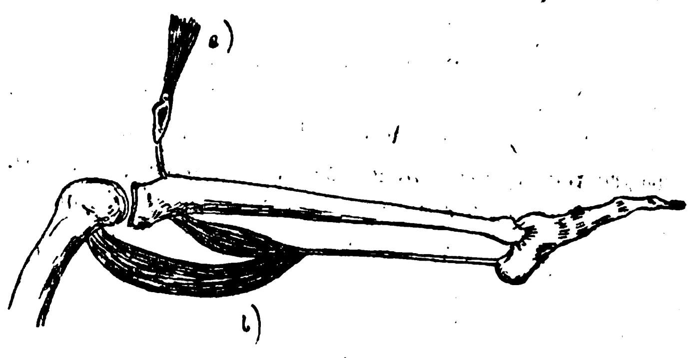


Fig. 2. — Action isolée du triceps sural, le quadriceps fémoral a été supprimé.

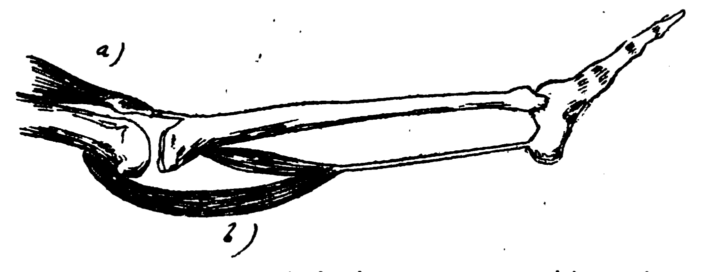


Fig. 3. — Action combinée des deux groupes musculaires antagonistes expliquant leur influence sur la production du genu-recurvatum.

C'est ainsi que l'action combinée du quadriceps fémoral et du triceps sural pourra tenir sous sa dépendance même les conditions osseuses et ligamenteuses de la production du genu-recurvatum. Cette cause ne supprime pas les autres causes de la déformation du genou — elles sont importantes et on ne peut les nier — mais elle les gouverne en ce sens qu'elle en dirige et en réglemente les effets.

Le schéma ci-contre complètera l'explication que nous venons de donner.

Les recherches que nous avons faites sur le genu-recurvatum, parmi nos malades du Sanatorium, nous ont amené à examiner un peu tous les enfants.

Au cours de cette étude, plusieurs faits nous ont frappé. C'est la coexistence du genu-recurvatum avec certaines affections autres que la coxalgie (ostéites tarsiennes ou tibio-tarsiennes) — maux de Pott — surtout si les enfants qui en sont atteints ont été immobilisés un certain temps au lit et y ont pris de mauvaises attitudes.

Nous avons également observé un cas de pied bot congénital double accompagné de double genu-recurvatum. Bien qu'il soit difficile de dire que chez ce dernier malade la déformation du genou résulte de la même cause (l'enfant ayant, en effet, toujours marché), la coïncidence des deux difformités — genu-recurvatum et pied varus équin — ne laisse pas de nous frapper cependant et nous croyons devoir au moins rapprocher ce cas des précédents — nous signalons en passant la fréquence reconnue du genu-recurvatum au cours de la paralysie infantile — qui produit si souvent le pied bot et la rétraction du tendon d'Achille.

Nous employons, pour apprécier le degré de genu-recurvatum, le procédé de mensuration qui nous a été indiqué par M. le professeur agrégé Le Fort, chirurgien du service des filles au Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer.

1. — Nous mesurons d'abord la distance normale du bord postérieur de la malléole externe au plan, rigoureusement horizontal (planche ou tableau), sur lequel repose l'enfant, couché sur le dos, les talons et les condyles fémoraux exactement appliqués sur ce plan, et le pied à angle droit sur la jambe.

2. — Nous fixons solidement les coudyles fémoraux sur le plan horizontal et nous demandons à l'enfant de faire l'hyperextension du genou la plus forte qu'il peut, le pied restant toujours, autant que possible, à angle droit sur la jambe. — Dans cette position qui est celle du *genu-recurvatum actif*, nous mesurons la nouvelle distance du bord postérieur de la malléole externe au plan horizontal.

3. — Nous continuons à fixer les condyles au plan horizontal et *nous soulevons* le pied au dessus de ce plan, au maximum, de façon à produire l'hyperextension extrême ; la dernière mesure prise ainsi du bord postérieur malléolaire au plan horizontal est celle du recurvatum passif.

Il arrive parfois qu'un recurvatum actif très peu considérable, — lorsque les muscles sont très atrophiés ou très affaiblis, — coïncide avec un recurvatum passif très marqué — dans ce dernier cas, les mouvements de latéralité sont habituellement assez étendus, et, — au moins au moment où l'examen est pratiqué, — on peut admettre que l'élément ligamenteux l'emporte sur l'élément musculaire, dans la pathogénie de la difformité. — Nous disons « au moment où l'examen est pratiqué » car nous pouvons être ici en présence de groupes musculaires dont l'action est affaiblie et qui ont pu, à un moment donné, — et c'est même probable — être beaucoup plus énergiquement contracturés, mais il ne nous est pas permis, dans l'exposé simple de faits constatés et des réflexions que ces faits nous ont suggérés, — de dépasser les limites de la rigoureuse observation.

Les malades, dont nous résumons ici les histoires cliniques ont été choisis, tant dans le service de M. le professeur agrégé Lambret, chirurgien de la section des garçons, que dans celui de M. Le Fort :

Observation I. — Faucq.... Alfred — 7 ans — entre le 2 mars 1905. Coxalgie double luxée. *Antécédents héréditaires et collatéraux* peu importants ; *antécédents personnels :* Faux croup, coqueluche.

Histoire de la maladie actuelle. — Renseignements fournis par le père : début par la hanche *droite*, en janvier 1903. L'enfant porte un appareil plâtré de janvier à juillet 1903. Après l'ablation de cet appareil, on constate une guérison apparente : l'enfant se remet à marcher et va en classe. Rechute en décembre. C'est à ce moment que l'on constate les premiers signes de la coxalgie *gauche*. On immobilise le membre inférieur *gauche* dans un appareil en janvier 1904. L'appareil est enlevé en septembre : à ce moment on constate un abcès. On laisse l'enfant deux mois sans immobilisation de la hanche et on remet un appareil au côté gauche en novembre 1904. Ce dernier appareil est enlevé en janvier 1905, parce qu'il s'est formé, dit le père, « une poche de sang dans le dos ». Jusqu'à ce moment, la hanche droite, la première atteinte, est restée sans autre immobilisation que le premier appareil enlevé en juillet 1903, « elle fonctionne », dit le père, et paraît guérie. C'est à ce moment (janvier 1905), que les parents constatent une « déviation vertébrale », et demandent l'admission au Sanatorium.

L'enfant nous est amené par ses parents qui nous donnent tous les renseignements ci-dessus et affirment que l'enfant n'a *jamais été mis à l'extension continue.*

Etat à l'arrivée. — Le petit malade est atteint de double coxalgie. Il n'y a *pas* de déviation vertébrale ; quant à l'état des hanches il est caractéristique.

L'enfant étant couché sur le dos, les deux membres inférieurs reposent sur le plan du lit par leur côté externe. Les deux pieds, reposant par leur bord externe, sont apposés par les talons ; les deux creux poplités se regardent, et les deux genoux sont tournés directement en dehors. A la racine des deux cuisses, il existe une déformation considérable qui semble être la saillie anormale des deux grands trochanters, très augmentés de volume et remontés.

Hanche droite. — Le grand trochanter est à la hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'aspect de la hanche est celui de la luxation en avant et et en haut. Le membre inférieur n'est pas fléchi, il est en adduction et *en rotation en dehors complète.* L'atrophie est considérable. Il n'y a pas de douleur à la pression du triangle de Scarpa. Il y a douleur à la pression du grand trochanter. Cette saillie osseuse est d'une largeur inaccoutumée. La douleur qui y est constatée est très vive au niveau de sa partie antérieure et presque nulle au niveau de sa partie postérieure. Ces constatations, jointes à la rotation extrême du membre en dehors et à ce fait que le triangle de Scarpa n'est nullement douloureux, font penser que la saillie osseuse en question est constituée non seulement par le trochanter, mais aussi par la tête fémorale luxée en avant. Et le maximum de douleur serait en réalité au niveau de la tête fémorale luxée. Pas d'abcès en formation, pas de gonflement à la racine du membre.



Hanche gauche. — Membre inférieur en rectitude, sans abduction, ni adduction, en rotation en dehors presque complète.

Gonflement assez considérable de la racine de la cuisse; veinrosités cutanées, traces de nombreuses pointes de feu. Trochanter très saillant et remonté, presque à la hauteur de l'épine iliaque. Douleur à la pression au niveau du triangle de Scarpa et à la partie antéro-externe de la cuisse, dans toute la région comprise entre la crête iliaque et le grand trochanter.

Cette région est tuméfiée et fluctuante : il y a un abcès. Trochanter douloureux à la pression; il en est de même de la région ischio-trochantérienne, qui est empâtée et tuméfiée.

L'enfant *présente une attitude des deux pieds en varus équin.*

Cette attitude est surtout prononcée au pied *gauche.*
L'enfant se contracture violemment.
Genu-valgum double surtout à gauche.

Mensurations	côté droit	côté gauche
Circonférence de la cuisse....	19 1/2	22 1/2
— du genou.....	21 1/2	22
— de la jambe...	16 1/2	17 1/2

Etat général médiocre. Enfant maigre de corps, bouffi et pâle de visage, présentant de la constipation fréquente. Voies respiratoires normales.

Au Sanatorium nous nous contentons d'immobiliser l'enfant sur un lit de Lannelongue; nous ne lui appliquons pas l'extension continue, renonçant à réduire, par ce moyen, des attitudes vicieuses trop considérables et trop invétérées. L'abcès de la hanche gauche, ponctionné plusieurs fois, se reforme sans cesse, mais l'état général de l'enfant se remonte; il n'a pas de fièvre. Les douleurs des hanches se calment très vite.

L'enfant ne présente, pendant son séjour, d'autre incident qu'une varicelle.

Actuellement l'enfant, simplement immobilisé sur son lit de Lannelongue, n'a plus aucune douleur. L'attitude vicieuse de la hanche gauche, un peu moins prononcée au début que celle de la droite, lui est devenue absolument symétrique. Nous sommes donc en présence d'une coxalgie double avec luxation bilatérale; les deux lésions, non douloureuses, paraissent éteintes; il persiste seulement à gauche un abcès fémoral avec prolongement iliaque et poche considérable dans le bassin, abcès torpide, sans réaction fébrile, sans tendance à l'accroissement. L'état général, comparé à celui de l'enfant à l'arrivée, s'est considérablement amélioré.

Quant aux contractions, vives au début, elles ont disparu, mais l'équinisme persiste; il est même un peu plus prononcé à gauche où le genu-recurvatum est également plus apparent.

Les mensurations prises dans le courant du mois de juin 1906, donnent les renseignements suivants :

Circonférences des cuisses : 33 c/m de chaque côté (au même niveau que les anciennes mensurations.)

Circonférence des hanches : { à droite : 18 c/m.
{ à gauche : 18 c/m 5.

Les muscles ont repris leur relief normal et l'atrophie n'est plus aussi forte qu'au début.

Mensurations se rapportant au genu-recurvatum.

	côté droit	côté gauche
Distance normale du bord postérieur de la malléole externe au plan horizontal (distance malléolaire)	3 c/m 1/2	4 c/m
Recurvatum actif	8 —	11 —
Recurvatum passif	10 — 1/2	12 — 1/2

Mouvements de latéralité très nets des deux genoux, donc relâchement ligamenteux.

Plusieurs points sont à noter dans cette observation :

1° que l'enfant n'a jamais, à aucun moment, été mis à l'extension continue ;

2° que le recurvatum est plus prononcé à la hanche *gauche*, et que cette hanche est pourtant celle qui s'est prise le plus tardivement : un an après la droite ;

3° Que les phénomènes atrophiques portant à la fois sur les *muscles* (mensurations des cuisses et des jambes), sur les *os* (mensurations des circonférences des condyles fémoraux) et sur les *ligaments articulaires* (mouvements de latéralité) ont été plus prononcés à *droite* qu'à *gauche*, comme il résulte des mesures prises sur le petit malade à son arrivée.

Que faut-il en conclure ? Assurément que le genu-recurvatum *double* est ici sous la dépendance de la coxalgie *double*, mais dans quelle mesure et par quel mécanisme ?

Est-il dû à l'atrophie ? On ne peut le nier, puisque cette atrophie existe, et qu'elle porte également sur les ligaments articulaires, distendus. Cependant, si l'atrophie était seule en cause, le recurvatum serait plus marqué là où l'atrophie est la plus considérable, or c'est *le contraire qui existe*. — Le trouble apporté dans la croissance des os doit certainement entrer en ligne de compte également, mais il ne peut, pas plus que l'atrophie musculaire et ligamenteuse, expliquer pourquoi la difformité est plus accentuée à *gauche*, alors que la masse condylienne fémorale présentait, à l'entrée de l'enfant, un centimètre *de plus* de circonférence de ce côté que du côté droit.

Doit-on incriminer l'âge et l'intensité des lésions ? Celles-ci paraissent, il est vrai, à l'entrée, plus intenses et plus actives à gauche au côté le plus atteint par le recurvatum, mais elles étaient aussi plus récentes de ce côté ; elles avaient donc le droit d'y être plus actives. Etaient-elles plus profondes ? Non certes, puisque de l'autre côté, la tuberculose coxo-fémorale avait produit une luxation complète du fémur en haut et en avant ; que d'ailleurs les lésions y avaient retenti sur tout le membre d'une façon plus intense en déterminant une atrophie plus forte de ce côté que du côté gauche.

Les lésions étaient donc plus récentes à gauche quand l'enfant fut reçu ; d'autre part, elles ne paraissaient pas être plus graves de ce côté qu'elles ne l'avaient été à droite. Le recurvatum était donc à ce moment déjà plus marqué du côté où les lésions étaient les plus *jeunes* ; ce qui est paradoxal si on fait entrer comme élément *principal* dans la pathogénie du recurvatum *la durée* de l'immobilisation.

On nous objectera que dans la suite les lésions ont été plus graves à gauche qu'à droite. Certes, il y a eu un gros abcès à gauche, qui a nécessité plusieurs ponctions, mais cet abcès s'est surtout développé hors de l'articulation, il ne correspondait pas forcément à de grosses lésions osseuses, et tandis qu'il se reproduisait après ponction, évoluant pour ainsi dire pour son propre compte, les lésions articulaires se calmaient rapidement, cessant d'être douloureuses ; en même temps les muscles du membre gauche reprenaient leur vigueur, *sans avoir jamais été aussi atrophiés qu'à droite*. L'évolution de la coxalgie double semble avoir été, ici, ce qu'elle est toujours : la hanche prise *en second* étant moins longtemps, et moins gravement malade que la hanche prise *en premier*.

A l'heure actuelle, il persiste encore un abcès assez gros à gauche, mais cet abcès n'évolue pas et les lésions de la hanche sont éteintes depuis un certain temps déjà. La gravité comparée des lésions des deux hanches est donc un facteur négligeable, à notre avis.

On ne peut donc attribuer ni à l'atrophie seule, ni à l'immobilisation au lit seule, ni à l'âge des lésions ni à leur intensité le genu-recurvatum double constaté chez cet enfant. Il y a donc autre chose, ou plutôt il reste cette dernière constatation à faire : c'est qu'à lésions osseuses égales le genu-recurvatum se trouve être *plus marqué*, ici, du côté où les lésions sont le moins anciennes et où les muscles sont restés les *plus forts* et se *sont davantage contracturés*.

Les contractures ont produit l'attitude en équinisme que nous avons signalée des deux côtés et qui fut, dès le début, plus accentuée à gauche qu'à droite. On est bien obligé de conclure ici à l'influence prédominante de l'action musculaire sur tous les autres facteurs pathogéniques, ce qui n'amène pas du tout à nier ces derniers, ni même à diminuer la part qui peut leur revenir.

Mais ce qui nous a paru le plus frappant chez ce

jeune malade c'est un fait, dont nous ne pouvons malheureusement donner ici aucune preuve graphique (il faudrait le cinématographe), de sorte que nous n'apportons en sa faveur que notre affirmation — ce qui, au point de vue scientifique, peut paraître insuffisant : — Nous avons plusieurs fois ordonné à l'enfant d'allonger brusquement les pieds de façon à exagérer l'équinisme, et chaque fois, en faisant ce mouvement, l'enfant *a projeté en avant la jambe et le pied*, exagérant ainsi son recurvatum.

Il a donc produit, pour un moment très court, un effort musculaire complexe identique à celui que produisent, d'une façon durable et chronique pour ainsi dire, les muscles des membres inférieurs en état de contracture, et dont résulte le pied équin.

Observation II. — Log.... Julien — 15 ans 1/2 — entre le 5 octobre 1905 pour coxalgie droite non suppurée. — C'est un garçon grand et vigoureux, développé comme un garçon de 17 ans.

L'affection a débuté deux ans avant l'entrée, mais l'enfant a été peu traité et a toujours marché en boitant.

Etat à l'arrivée : Cuisse en flexion, adduction et rotation en *dehors*. — Douleur vive, fortes contractures, hanche absolument immobilisée. — Atrophie musculaire marquée.

Circonférence des cuisses :	côté sain	37 1/2
	côté malade	34

L'enfant n'est pas nerveux ; les pieds sont en bonne attitude, et, à part les contractures habituelles ayant pour effet d'immobiliser la hanche, le jeune malade ne présente pas de contractions permanentes ; par contre, il a des contractures réflexes énergiques à chaque tentative de mobilisation de la hanche.

On met l'enfant à l'extension continue sur un lit de Lannelongue ; Il y reste 9 mois. Pendant ce temps, le jeune malade prend peu à peu une attitude habituelle des pieds en extension forcée. Il est actuellement dans un état de contracture permanente des deux membres inférieurs et présente de l'équinisme bilatéral avec un peu de varus.

Nous l'examinons le 15 juin dernier et nous lui trouvons un *double genu-recurvatum*. Nous sommes frappés de ce fait que la déformation du genou qui nous intéresse est plus marquée à *gauche* (du côté sain), comme l'indiquent les mensurations suivantes :

Côté droit (malade)	distance malléolaire	3
	recurvatum actif	7 1/2
	recurvatum passif	11
Côté gauche (sain)	distance malléolaire	3 1/2
	recurvatum actif	8 1/2
	recurvatum passif	12 1/2

En outre, il y a, des *deux côtés*, du genu-valgum, et des deux côtés aussi de légers mouvements de latéralité des genoux, ce qui indique un relâchement ligamenteux de ces articulations.

L'atrophie musculaire a un peu augmenté, comme l'indiquent les mensurations :

Circonférence des cuisses :	côté sain	37
	côté malade	33 1/2

Celles-ci, inférieures en général à celles que l'on a relevées à l'entrée de l'enfant, tout en montrant que les circonférences des deux cuisses sont restées dans le même rapport, montrent également qu'il y a eu un peu d'atrophie du membre *sain*. Du reste, le relâchement ligamenteux du genou sain indique, lui aussi, que l'atrophie portant sur tous les tissus, a intéressé le membre sain tout comme le membre malade. C'est à cette cause qu'il faut attribuer le genu-recurvatum double, mais le fait que l'enfant a des contractures bilatérales et une attitude bilatérale en varus équin nous obligent à attribuer une grande part d'influence à l'action musculaire. Les contractures ont assurément influencé les troubles trophiques et par suite le recurvatum, du côté sain — où il est même plus prononcé que du côté malade.

Observation III. — Verst.... Lucien. — 11 ans — entre le 21 avril 1904 pour *coxalgie droite non suppurée*.

Début de l'affection en janvier 1904. — A son arrivée, vives douleurs, peu de contractures. — Contractures très intenses quelques jours après. L'enfant, d'abord simplement immobilisé au lit, est mis à l'extension continue. L'attitude est devenue assez bonne pour permettre la pose d'un appareil le 28 juin 1904.

Après plusieurs appareils successifs (appareils longs prenant tout le membre, y compris le pied) et une interruption d'un mois à cause d'un abcès, qui fut ponctionné deux fois et guérit, l'enfant fut envoyé aux valides le 2 juillet 1905.

Le 13 février, une attitude vicieuse s'étant produite dans l'appareil, l'enfant rentre aux salles d'alités et est remis à l'extension continue jusqu'à maintenant. En somme, l'enfant a gardé le lit à deux reprises différentes : la première fois, pendant quinze mois dont trois mois d'extension continue, et douze mois d'immobilisation dans un appareil *long* ; la deuxième fois pendant quatre mois, où il fut toujours à l'extension continue.

On l'examine le 15 juin dernier, et on constate un *genu-recurvatum double*, actif et passif, plus prononcé du côté malade, comme l'indiquent les chiffres suivants :

Côté gauche — malade	distance malléolaire	1
	recurvatum actif	5
	recurvatum passif	11 1/2
Côté droit — sain	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	4 1/2
	recurvatum passif	6 1/2

L'enfant est maigre et très peu vigoureux ; les muscles sont peu développés, même du côté sain ; d'autre part les contractures sont très fortes et le *varus équin est bilatéral*.

Les mensurations des membres inférieurs donnent :

Circonférence des cuisses :	côté sain	29 1/2
	côté malade	22
Circonférence des jambes :	côté sain	20 1/2
	côté malade	20

L'atrophie est considérable, comme on le voit, du côté malade, où il y a en outre des mouvements de latéralité du genou assez marqués, donc, du relâchement ligamenteux de cette articulation.

Le recurvatum existe, avons-nous vu, *des deux côtés*. Du côté malade, où il est le plus marqué (surtout le recurvatum passif), il est attribuable, pour la plus grande part, à l'atrophie, et au relâchement atrophique des ligaments du genou, mais du côté sain, où il existe également assez prononcé, et où il n'y a pas de relâchement ligamenteux, on ne peut lui trouver d'autre cause que *l'action musculaire*; d'ailleurs les contractures existent des deux côtés et le varus équin est bilatéral.

Observation IV. — Van .. Nestor. — 15 ans — entre le 22 novembre 1903. Coxalgie droite non suppurée. L'enfant boite depuis quelques mois; à son entrée, l'attitude est la suivante : Adduction, rotation en dehors (attitude dite paradoxale); les mouvements de flexion sont possibles et non douloureux et il n'y a pas de douleur à la pression. — Les adducteurs sont contracturés. L'enfant présente un état général satisfaisant, il est grand pour son âge, a le teint coloré et porte les traces d'une ancienne kératite avec rupture de la cornée. — Atrophie musculaire du membre malade :

Circonférence des cuisses :	côté sain	36 1/2
	côté malade	34
Circonférence des genoux		30 1/2 des deux côtés.
Circonférence des jambes :	côté sain	28
	côté malade	26

L'enfant, qui ne souffre pas, est simplement immobilisé au lit, mais l'attitude mauvaise ayant plutôt augmenté, on le met à l'extension continue, dans le cours de l'année 1904. Puis un abcès se forme ; ponctionné d'abord, l'abcès finit par être incisé et suppure abondamment.

L'état général de l'enfant a été fort mauvais jusqu'en décembre 1905. Depuis juillet 1904 jusqu'à maintenant (juin 1906), l'enfant a été immobilisé au lit de Lannelongue. L'extension continue n'a pas toujours pu être supportée.

L'enfant n'est pas nerveux; il a toujours été calme; il est actuellement, de plus, affaibli. Les muscles, du *côté sain*, ne sont pas contracturés habituellement: il existe pourtant de ce côté une tendance à l'*équinisme*, mais *pas d'attitude fixe*; par contre, il y a de la contracture et du varus équin prononcé du côté malade. La circonférence des deux cuisses est la même : (27 c/m des deux côtés), mais elle est inférieure à la circonférence que présentait la cuisse malade à l'arrivée, ce qui prouve que l'atrophie musculaire, qui existait déjà à ce moment, du côté malade, a augmenté et que les muscles du côté sain se sont affaiblis et atrophiés jusqu'à atteindre le faible volume de leurs homologues, du côté opposé. Du reste, cet amaigrissement a été plus considérable, et l'enfant reprend en ce moment.

Le genu-recurvatum est modéré du côté sain, où la contracture est peu marquée et où l'attitude du pied, qui existe pourtant, n'a pas un caractère de grande fixité. Il est net, quoique peu intense, du côté malade. Il y est surtout passif, comme l'indiquent les mensurations ci-dessous :

Côté droit (malade)	distance malléolaire	1 1/2
	recurvatum actif	3
	recurvatum passif	8
Côté gauche (sain)	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	4
	recurvatum passif	5

Il existe, du côté malade, des mouvements de latéralité. Ceux-ci manquent du côté sain, où il y a de l'affaiblissement, de la maigreur, de l'atrophie musculaire d'origine cachectique, mais pas de troubles trophiques véritables, pas de distension ligamenteuse, pas d'atrophie osseuse. Il n'est pas étonnant de trouver dès lors fort peu de recurvatum du côté sain, où il y a eu peu ou point d'action musculaire; quant au genu-recurvatum du côté malade, il est passif et dû surtout à la distension ligamenteuse.

Nous avons affaire à un jeune malade chez lequel, malgré l'état général mauvais qui doit favoriser les troubles de nutrition, malgré l'atrophie, malgré l'extension continue, malgré la réunion de tous les facteurs étiologiques communs du genu-recurvatum, celui-ci est en somme, relativement peu marqué, si on le compare à celui qui a été signalé dans l'observation précédente, et si on tient compte de ce fait que ce jeune malade est de très grande taille, plus grand même que le malade n° II; c'est que l'élément musculaire a été chez lui moins important. Les contractures permanentes qui existent du côté malade sont, en effet, peu intenses, en raison de l'état de faiblesse de l'enfant.

Observation V. — Crap.... Eloi — 13 ans — entre le 9 juin 1904. Coxalgie droite et mal de Pott dorsal inférieur (nous négligeons le mal de Pott).

La coxalgie a débuté trois ans avant l'arrivée de l'enfant au Sanatorium. Elle se présente avec les caractères suivants : adduction très prononcée, le genou venant se placer en avant de la cuisse gauche, à l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur; flexion; luxation. — Douleur peu vive; menace d'abcès en arrière du grand trochanter.

Atrophie musculaire prononcée :		
Circonférence des cuisses (union du tiers moyen et du tiers inférieur)	côté sain...	25
	côté malade.	21
Circonférence des jambes	côté sain ...	20
	côté malade.	19
Atrophie osseuse :		
Circonférence des genoux au niveau de la saillie des condyles fémoraux	côté sain ...	24 1/2
	côté malade.	23

Subluxation du tibia en arrière par contracture des muscles postérieurs de la cuisse. — Contracture des adducteurs

L'enfant est d'abord gardé simplement au lit. Le 14 août, ayant contracté la scarlatine, il est mis à l'isolement.

On obtient, après désisolement, une attitude meilleure au moyen d'un système d'extensions combinées, agissant, d'une part sur la cuisse pour la défléchir,

d'autre part, sur la tête du tibia pour la déluxer et la porter en avant et en bas.

Le 31 janvier 1905, la subluxation tibiale est réduite. On se contente d'appliquer désormais une extension simple sur la cuisse, jusqu'à maintenant. Actuellement, l'état général de l'enfant s'est beaucoup amélioré et la cuisse est presque en rectitude.

Le membre malade reste atrophié : la cuisse a tout au plus gagné un demi centimètre de tour. Le membre sain a diminué de volume : la cuisse, de ce côté, qui avait 25 centimètres, n'a plus que 23.

Cette atrophie des deux membres a porté sur tous les tissus — il y a, aux deux genoux, du relâchement ligamenteux et des mouvements de latéralité. Si l'on peut expliquer, par l'extension continue et complexe, l'existence de cette laxité ligamenteuse, du côté malade, où elle est plus marquée, on ne peut l'expliquer ainsi du côté sain, et il faut en chercher la cause dans l'atrophie générale — Le mal de Pott a peut-être sa part d'influence.

Des *deux côtés, il y a contracture assez forte des jumeaux*, et *varus équin permanent*. — Il y a du *genu-recurvatum double* marqué.

Mensurations du recurvatum :

Côté sain	distance malléolaire	2 1/2
	recurvatum actif	7
	recurvatum passif	9
Côté malade	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	6 1/2
	recurvatum passif	11

Comme on le voit, le recurvatum passif, qui seul peut être rapporté proprement au relâchement ligamenteux, est plus prononcé du côté malade, où ce relâchement est plus marqué, mais il existe un recurvatum actif au moins égal même un peu supérieur du côté sain.

Observation VI. — Lal.... Jules — 10 ans 1/2, — entre le 22 juin 1905. Coxalgie droite non suppurée, ayant débuté un an avant l'entrée de l'enfant. Etat général bon, enfant d'aspect vigoureux, très développé pour son âge. Attitude en adduction légère sans flexion Quelques mouvements persistent, très limités par la contracture, peu de douleur.

Atrophie musculaire très apparente, pas d'atrophie osseuse.

Circonférence des cuisses :	côté sain	32
	côté malade	29 1/2
Circonférence des genoux :	côté sain	27
	côté malade	27
Circonférence des jambes :	côté sain	25
	côté malade	24

Un appareil est posé à l'arrivée (aucun traitement n'avait été fait avant). — Depuis six mois, l'appareil, enlevé, est remplacé par une extension continue.

L'enfant est vigoureux, nullement nerveux. Il contracture énergiquement son membre malade, qui est en équinisme, mais garde la souplesse de son membre sain. L'atrophie musculaire est forte du côté malade :

Circonférence de la cuisse gauche (saine)	33
Circonférence de la cuisse droite	29

Mouvements de latéralité considérables du genou du côté malade, genu-valgum du même côté.

L'enfant présente :

Un très léger genu-recurvatum passif du côté sain, un recurvatum actif notable et un genu-recurvatum passif considérable du côté malade :

Mensurations :	Côté sain	Côté malade
Distance malléolaire	3 1/2	2 1/2
Recurvatum actif	5	7 1/2
Recurvatum passif	7	12

Observation VII. — Delev.... Gaston — 6 ans — entre le 11 octobre 1905, pour coxalgie droite avec abcès fermé. — Début un an et demi avant son entrée. — Etat à l'arrivée : Hanche déformée par un volumineux abcès ponctionné quelques jours avant, avec fistule imminente. Attitude vicieuse en adduction très prononcée avec flexion rotative en dehors et raccourcissement. — Douleurs vives; fièvre. Les mensurations, à l'arrivée, ne sont pas prises ; d'ailleurs, le membre malade est hyperplasié jusqu'au pied, et au niveau de la cuisse, il est modifié dans sa forme et son volume par l'abcès fémoral, ce qui rend les mensurations illusoires.

Actuellement, l'atrophie musculaire est visible à droite, où il y a des mouvements de latéralité du genou, donc, du relâchement ligamenteux.

L'enfant, *très nerveux*, contracture violemment les deux membres inférieurs : il présente une attitude caractéristique en équinisme des deux pieds et est pris de trépidation épileptoïde quand on essaie de mettre les cous de pieds en angle droit — On constate chez ce petit malade un genu-recurvatum double prononcé à peu près égal des deux côtés.

Mensurations concernant le recurvatum :

Côté droit (malade)	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	5
	recurvatum passif	9 1/2
Côté gauche (sain)	distance malléolaire	2 1/2
	recurvatum actif	6 1/2
	recurvatum passif	9

Comme on le voit, le recurvatum passif est un peu plus prononcé du côté malade, où il y a des mouvements de latéralité du genou : par contre le genu-recurvatum actif est un peu plus marqué du côté sain, où l'action musculaire est seule en cause.

Nous ajoutons, à titre de simple remarque, et malgré la hardiesse apparente d'une telle affirmation que si nous avions du côté sain le léger relâchement ligamenteux que nous constatons du côté malade, il est très probable que nous aurions du côté sain un recurvatum plus *marqué* que du côté malade.

Observation VIII. — Gué.... Charles — 10 ans — entre le 19 mai 1906, coxalgie droite sans abcès. — On n'a pas de renseignements sur le début de l'affection. L'attitude est la suivante : flexion légère, adduction et rotation *en dehors* (attitude dite paradoxale — voir obs. II). Vive douleur à la pression du triangle de Scarpa ; luxation imminente; pas d'abcès ; peu de contractures; mouvements spontanés de flexion possibles et même assez étendus. A noter cependant le

fait suivant : la cuisse de l'enfant étant fléchie à angle droit, si on lui dit de l'étendre spontanément, le mouvement qu'il fait est interrompu en chemin par une contraction énergique des fléchisseurs. Cette contraction est réflexe, elle est rapidement vaincue par la volonté et l'enfant complète le mouvement commencé et étend la cuisse.

Nous répétons que c'est un enfant calme, se contracturant peu et ne présentant pas de mouvements de latéralité articulaire; mais il y a, par contre, une atrophie marquée des muscles de la cuisse et de la jambe, et une différence de volume des condyles fémoraux.

Circonférence des cuisses :	côté sain	34
	côté malade	30
Circonférence des jambes :	côté sain	24
	côté malade	23
Circonférence des genoux :	côté sain	27
	côté malade	26 1/2

L'enfant, aussitôt son arrivée, est immobilisé sur un lit de Lannelongue et mis à l'extension continue.

Actuellement, cet enfant, qui est à l'extension depuis deux mois seulement, présente un léger recurvatum *du côté sain*.

Les mensurations donnent :

Côté sain :	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	5
	recurvatum passif	6 1/2
Côté malade :	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	3
	recurvatum passif	4

Du côté malade, on note une légère tendance à la difformité, mais à peine apparente, et que l'on ne peut apprécier que lorsqu'on fait l'épreuve du recurvatum passif.

L'enfant ne présente pas de signes de rachitisme.

Si l'on peut attribuer au repos au lit la tendance au genu-recurvatum que l'on constate chez ce petit malade, il est assez remarquable que celle-ci soit plus accentuée du côté sain. — Il est difficile de ne pas l'attribuer à l'action musculaire plus puissante du côté sain, où les muscles sont plus forts, que du côté malade où il y a une forte atrophie et peu de contracture: d'autant plus que chez lui aussi, l'attitude en varus équin est habituelle.

Observation IX. — Debr.... Léon. — 18 ans, — entre le 9 décembre 1905. Coxalgie gauche sans abcès — diagnostiquée neuf mois avant l'arrivée, traitée par le repos au lit sans appareil.

A son entrée le jeune homme présente une coxalgie avec luxation et trois centimètres de raccourcissement : attitude vicieuse consistant surtout en adduction et rotation en dehors. Douleurs à la pression, pas de douleurs spontanées.—Mouvements spontanés impossibles. mouvements provoqués possibles dans un angle de 45° (flexion) arrêtés ensuite par la douleur. Atrophie.

Mensurations :

Circonférence des cuisses :	côté sain	44
	côté malade	40
Circonférence des genoux :	côté sain	32
	côté malade	31
Circonférence des jambes :	côté sain	30
	côté malade	29 1/2

L'état général est bon. — Le jeune homme n'est pas nerveux ; son apparence est très vigoureuse.

Il est très calme. Il est mis à l'extension continue depuis son arrivée. Il présente une attitude en équinisme assez marquée du côté malade, - mais d'une façon générale, pas de contracture; attitudes variées, mobiles du côté sain.

Genu-recurvatum apparent quoique peu marqué à la mensuration, du côté malade, *rien* du côté sain.

Mensurations du recurvatum :

Côté sain :	distance malléolaire	4
	recurvatum actif	4 néant
	recurvatum passif	4 »
Côté malade :	distance malléolaire	3 1/2
	recurvatum actif	3 1/2
	recurvatum passif	5

Le jeune homme, qui est toujours vigoureux, s'est plutôt affaibli au point de vue musculaire, les mensurations des cuisses donnent aujourd'hui : côté sain : 41, côté malade : 37.

Il y a un peu de distension ligamenteuse dans le genou du côté malade. La part de l'action musculaire a été ici bien peu de chose ; il est difficile de dire en quoi elle a consisté dans le recurvatum léger existant du *côté malade seul.*

Observation X.— Dhey... Charles — 10 ans — entre en novembre 1904. — Coxalgie gauche sans abcès. — L'affection a débuté six mois avant l'arrivée de l'enfant. Le diagnostic de coxalgie ne fut fait que trois mois avant l'entrée, et jamais l'enfant ne garda le lit.

A l'arrivée, on est frappé de l'atrophie musculaire qui est très apparente. La cuisse est en adduction simple, sans autre attitude vicieuse. Vives douleurs à la pression en tous les points d'élection ; mouvements spontanés normaux, mouvements provoqués de flexion possibles, seule l'abduction est impossible, limitée par la contracture intense des adducteurs.

Circonférence des cuisses :	côté sain	30
	côté malade	27
Circonférence des genoux :	côté sain	25
	côté malade	24 1/2
Circonférence des jambes :	côté sain	20 1/2
	côté malade	19

L'enfant est nerveux et maigre, il a les muscles plutôt grêles, et reste maigre pendant presque tout son séjour.

Mis à l'extension dès l'arrivée, il est muni d'un appareil plâtré au bout de un mois et demi. Les appareils sont renouvelés pendant toute l'année dernière, jusqu'en janvier 1906 ; depuis cette date, l'enfant ayant un abcès — d'ailleurs guéri maintenant — est remis à l'extension continue.

L'enfant, nerveux, se contracture beaucoup ; il présente une attitude des pieds en équinisme (de chaque côté) et présente un *double genu-recurvatum* plus prononcé du côté malade, au moins en ce qui concerne le recurvatum passif. Il y des mouvements de latéralité du genou du côté malade seulement :

Côté droit (malade) :	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	5 1/2
	recurvatum passif	8 1/2

Côté gauche (sain) :	distance malléolaire......	2
	recurvatum actif........	5
	recurvatum passif.......	5 1/2

Comme on le voit, la part que l'on peut attribuer à l'action musculaire dans ce double recurvatum est absolument la même du côté sain que du côté malade; tout ce que l'on trouve de plus du côté malade tient assurément à la laxité ligamenteuse, qui n'existe pas du côté sain.

On objectera que l'enfant ne pourrait mettre même son genou sain en hyperextension si la déformation des extrémités osseuses ne rendait cette attitude possible, mais pourquoi cet enfant a-t-il des déformations osseuses du côté sain, et pourquoi tous les coxalgiques atteints de genu-valgum double, dont nous citons ici les observations ont-ils des déformations semblables? Nous croyons pouvoir l'expliquer par l'action exercée sur la croissance par des mauvaises attitudes longtemps prolongées, faute de pouvoir l'expliquer autrement.

Observation XI. — Circ.... Lucien — 7 ans — entre au Sanatorium le 22 novembre 1905.

Coxalgie gauche non suppurée.

L'enfant fait, à l'âge de 3 ans 1/2, une bronchite qui dure 5 mois et qui s'accompagne d'un état général très mauvais. Au cours de la convalescence, qui fut longue et dura jusqu'à l'année dernière, l'enfant fait une chute (avril 1905).

Quelques jours après il se plaint de la jambe gauche, puis quelques semaines après, de l'aîne gauche.

L'extension continue est posée d'août à septembre 1905; puis, on munit l'enfant d'un appareil plâtré (26 septembre).

A son entrée, l'enfant est pâle et délicat. Hanche douloureuse, en flexion légère, rotation en dehors, abduction. Un second appareil est posé à l'entrée, il est enlevé en temps utile, mais il est remplacé par l'extension continue, la contracture s'étant établie sitôt que l'enfant est débarrassé de son appareil, et l'attitude mauvaise ne pouvant être réduite immédiatement. L'extension est gardée un mois. Un nouvel appareil est posé en février.

On réexamine la hanche à ce moment, on constate une atrophie assez marquée :

Circonférence des cuisses à 12 c/m au dessus du genou :	côté droit (sain)	26
	côté gauche (malade)	23
Circonférence des genoux :	côté sain...........	21
	côté malade	20 1/2
Circonférence des jambes :	côté sain...........	19
	côté malade	18 1/2

Bonne attitude qui se modifie sitôt que l'enfant n'est pas immobilisé.

Pendant le court espace de temps où l'enfant n'a pas eu d'appareil, il a pris l'attitude en équin du pied malade. L'appareil, prenant hanche, genou et pied, réduit cette attitude; mais l'enfant la conserve au pied sain — qu'il contracture avec énergie, en crispant les orteils. —

L'enfant est nerveux et dépourvu de toute souplesse. On l'examine à ce moment et on constate chez lui un *double genu-recurvatum* :

1° Du côté droit (sain) :	distance malléolaire.......	2
	recurvatum actif..........	2 1/2
	recurvatum passif	8
2° Du côté gauche (malade) :	distance malléolaire.......	1
	recurvatum actif..........	3 1/2
	recurvatum passif	8

Il y a, *des deux côtés*, des mouvements de latéralité avec choc, mais ils sont plus prononcés à *gauche* (côté malade). — Attitude des deux pieds en équin compliqué de varus; — à gauche, il y a un peu de subluxation astragalienne en avant — et la malléole externe est déjetée légèrement en arrière — ce qu'indique bien la distance du plan du lit, inférieure à celle de son homologue.

L'enfant s'amaigrit un peu en ce moment : l'atrophie, à en juger par le rapport des mensurations des deux cuisses reste la même, mais le volume est plus petit de part et d'autre :

Circonférence des cuisses (prise le 8 juillet) :	côté sain	24 1/2
	côté malade.......	21

Observation XII. — Nin.... Madeleine — 8 ans — entre le 25 août 1903. — Coxalgie gauche sans abcès.

Début, quatre mois avant l'entrée au Sanatorium; l'enfant ne fut traitée — par l'immobilisation dans une gouttière de Bonnet, — que pendant les cinq semaines qui précédèrent son entrée.

Etat à l'arrivée : Hanche douloureuse, fléchie légèrement et en adduction avec rotation en dehors. Mouvements spontanés et provoqués possibles dans une étendue assez considérable — 90°. Abduction presque impossible, en raison de la contracture des adducteurs.

Enfant grasse, pâle, aux chairs flasques, au caractère mou. L'atrophie musculaire est apparente sans être très marquée :

Circonférence des cuisses :	côté sain..........	28
	côté malade........	27
Circonférence des jambes :	côté sain..........	22 1/2
	côté malade........	21

Le redressement sous le chloroforme est pratiqué le 20 septembre. Il a été, en effet, impossible de mettre, sans anesthésie, un appareil plâtré en bonne position, *tant les contractures sont intenses.* Les appareils sont, à partir de cette date, renouvelés régulièrement mais il persiste une rotation en dehors que l'on ne peut parvenir à corriger, l'enfant ayant toujours des contractures d'une grande énergie.

Le 9 octobre 1904, on enlève un appareil qui avait été placé le 4 juin précédent; *presque aussitôt*, le membre se met en adduction et maintient énergiquement cette attitude. On est obligé de mettre l'extension continue quelques jours pour arriver à vaincre cette contracture. Le 29 octobre, la position ayant été jugée suffisamment bonne, on enlève l'extension pour poser un appareil plâtré, mais pendant le temps nécessaire au nettoyage de la jambe de l'enfant, l'adduction se reproduit, et il est nécessaire de remettre l'extension et d'ajourner encore la pose d'un appareil. Quant à la douleur, elle existe encore mais notablement dimi-

nuée. Le 13 novembre, on se décide à appliquer, sous le chloroforme, un appareil plâtré qui prend, en même temps que la hanche, le genou et le pied, mais très rapidement il se produit un œdème qui oblige à supprimer toute la partie inférieure de l'appareil jusqu'à mi-jambe. Le pied, libéré de toute entrave, prend au bout de quelques jours une attitude en *varus équin* très prononcée qui fut déjà observée pendant le temps que l'enfant fut à l'extension. Les appareils plâtrés sont renouvelés trois fois dans le cours de l'année 1905 : à chaque renouvellement les mêmes difficultés, dues aux contractures, se reproduisent L'adduction se produit rapidement ainsi que l'équinisme accompagné de varus, attitudes que l'on ne parvient à vaincre qu'à grand peine; et cependant la douleur a disparu l'hyperplasie des tissus au voisinage de la hanche s'est atténuée, et la coxalgie est en voie de guérison.

En novembre 1905, on commence à constater du genu recurvatum *du côté malade* seulement. De ce côté, l'atrophie musculaire est considérable. Les contractures et le pied varus-équin existent également comme nous venons de le dire; elles font, par contre, absolument défaut du côté sain. — Mouvements de latéralité marqués avec choc des plateaux tibiaux contre les condyles fémoraux, du côté malade — donc, distension ligamenteuse; — rien de semblable du côté sain.

Mensurations du genu-recurvatum :

Côté droit (sain) :	distance malléolaire......	2
	recurvatum actif.........	2
	recurvatum passif.........	3
Côté gauche (malade) :	distance malléolaire......	3
	recurvatum actif.........	6 1/2
	recurvatum passif.........	12

Les points saillants, dans cette observation, sont :

1° Le peu de durée de l'extension continue dans le traitement de cette coxalgie (un mois et quatre jours). Il part de là qu'on ne doit attribuer qu'une influence minime à l'extension dans la pathogénie du recurvatum, dans ce cas;

2° Les contractures intenses, insolites, qui se sont uniquement manifestées du côté malade l'enfant étant, d'une façon générale, plutôt molle et sans tendance naturelle à se contracturer, et ne présentant d'équinisme, avec varus, que du côté malade.

(à suivre).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenance de thèse

— M. E.-L.-A. DUHEM, de Pont-Audemer (Eure), a soutenu avec succès, le mercredi 28 Novembre 1906, sa thèse de doctorat intitulée : *Le chlorhydrate de métaphénylène-diamine (lentine), son action sur la diarrhée de l'enterite aiguë et de l'entérite tuberculeuse.*

— Par arrêté rectoral en date du 24 novembre 1906, M. O. RICHE, étudiant en médecine, est nommé aide-préparateur d'histologie à la Faculté de médecine, en remplacement de M. le docteur CAUDRON, appelé à d'autres fonctions.

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de Lyon. — M. le docteur GUIART, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé professeur d'histoire naturelle.

M. le docteur NICOLAS, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Lyon, est nommé professeur de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

— *Ecole de plein exercice de Nantes.* — M. le docteur FORTINEAU est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de bactériologie.

— *Ecole préparatoire de Limoges.* — M. le docteur GARRAUD est chargé des fonctions de chef des travaux physiques et chimiques.

Notre Carnet

Le docteur Maurice DESCARPENTRIES, de Roubaix, nous annonce la naissance de son fils LUCIEN. Nous prions cet excellent confrère de recevoir pour Madame DESCARPENTRIES et pour l'enfant nos meilleurs souhaits de santé.

Le docteur BOURILHET, médecin-ajoint à l'asile d'aliénées de Bailleul, nous fait part de la naissance de son fils PAUL. Nous adressons à cet excellent confrère nos meilleurs souhaits pour la mère et l'enfant.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs COLLARDOT, d'Alger ; VOISIN, d'Ernée (Mayenne).

N° 517. Dixième Année. N° 49 Le Numéro : 10 centimes 9 Décembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Pseudo-rhumatisme bacillaire suivi de tuberculose généralisée Diagnostic établi à l'aide de la radioscopie

par le docteur **Verny,** de Boulogne-sur-Mer.

Le 23 mars 1906, M. X....., âgé de 45 ans, se présente à ma consultation pour un gonflement de la main. A l'examen, on constate que toute la face dorsale est rouge, tendue, douloureuse, les mouvements des doigts sont très difficiles, bref la lésion ressemble assez bien à une poussée rhumatismale sans grande réaction générale, puisque le malade a pu venir chez moi. Il me dit qu'il n'a jamais eu de douleurs articulaires d'aucune sorte, que sa santé a toujours été très bonne ; dans ses antécédents héréditaires, je ne trouve rien pour expliquer l'état actuel.

Je prescris les enveloppements au salicylate de méthyle et du salicylate de soude à l'intérieur. Dix jours après, il revient. Sa main n'a pas été sensiblement améliorée par le traitement ; de plus il souffre dans la région claviculaire droite ; cette nouvelle manifestation douloureuse augmente ma conviction en faveur du rhumatisme. La médication salicylée est continuée.

Vers le 20 avril, je revois M. X ..... Cette fois les symptômes locaux ont disparu, mais l'état général est devenu mauvais ; l'appétit est presque nul, l'amaigrissement s'accentue, le malade se plaint de sueurs très abondantes la nuit et de plus il souffre de diarrhée depuis quelques jours. Le pouls est fréquent et la température prise dans mon cabinet dépasse 38° (il est six heures du soir). L'auscultation du poumon et du cœur est négative ; seule la rate est grosse. Ne trouvant pas la cause de ces différents troubles, j'ai l'idée de faire une radioscopie du poumon.

A plusieurs reprises déjà, j'ai eu ainsi la solution de problèmes que les procédés cliniques habituellement employés ne donnaient pas. Aussi, ma surprise n'est-elle que relative en voyant sur l'écran des taches disséminées dans les deux poumons qui me révèlent nettement l'existence d'une tuberculose en évolution. Tout s'éclairait alors, j'avais affaire à un pseudo-rhumatisme (rhumatisme tuberculeux de PONCET) avec des symptômes d'infection générale

tuberculeuse, diagnostic qui va être suffisamment confirmé par la suite de l'observation.

II. — Le malade habitant le Portel, je prie le docteur GODARD de vouloir bien le voir régulièrement. Chaque matin, la température tombe à 37° tandis que le soir, invariablement elle oscille entre 38 et 39°. L'état général reste mauvais, sans aucune tendance à l'amélioration malgré les toniques et les arsénicaux.

Le 26 mai, je suis appelé en consultation par mon confrère du Portel. L'auscultation cette fois donne des renseignements plus précis, non pas au poumon, mais au cœur. Nous trouvons là un premier bruit très sourd qui indique que le muscle cardiaque est touché par le processus infectieux, le pouls est à 110. Au poumon, rien de caractéristique, il existe quelques zônes de matité au niveau des bases en arrière et des râles sous-crépitants à gauche.

En raison de la myocardite, il est permis de rattacher ces signes pulmonaires à de la stase ou à de la congestion, d'ailleurs la toux est insignifiante, l'expectoration nulle.

Le 23 juin, nous constatons que les symptômes cardiaques et pulmonaires augmentent. L'aspect du malade rappelle celui du phtisique à la dernière période, sans en *présenter les signes stéthoscopiques*, j'insiste sur ce point. Les ongles même se sont hippocratisés pendant les dernières semaines et complètent l'analogie. A partir de ce moment, la cachexie fait de rapides progrès ; du purpura se montre aux jambes. M. X... succombe le 3 juillet, ayant conservé sa lucidité jusqu'au dernier moment.

En terminant, je dois ajouter que le traitement a été purement symptomatique : antiseptiques de l'intestin et lavages contre la diarrhée, cacodylate contre l'asthénie, spartéine contre les troubles cardiaques, carnine, etc.

III. — Est-il nécessaire de discuter le diagnostic de la tuberculose ? Depuis les publications du professeur PONCET, de Lyon, des cas semblables ont été signalés de différents côtés. Nous savons que le pseudo-rhumatisme bacillaire peut survenir chez tous les tuberculeux à toutes les périodes.

Parfois il frappe un malade avant toute autre lésion, constituant ainsi, comme dans notre observation, le premier indice de l'invasion d'un organisme par le bacille de KOCH.

Le rhumatisme articulaire avec ses troubles cardiaques, est la seule affection ayant quelque analogie avec le cas qui nous occupe. Notons de suite que le gonflement des mains n'a pas cédé au salicylate intus et extra, que tous les autres signes observés n'appartiennent pas au rhumatisme, mais qu'au contraire les sueurs, la diarrhée, la fièvre hectique sont bien le cortège habituel de la tuberculose.

Plus affirmative encore, la radioscopie nous a mis sur la voie du diagnostic. On pourra objecter que, par une ponction dans l'épanchement articulaire du début l'examen leucocytaire pouvait nous renseigner utilement en éliminant le rhumatisme articulaire et blennorrhagique, il eut été également facile avec le liquide prélevé d'inoculer un cobaye.

Nous répondrons qu'à ce moment, nous pensions avoir affaire à un rhumatisme léger et que nous n'avons pas songé à ces procédés cliniques compliqués. En outre si, comme le croit PONCET, les bacilles peuvent faire défaut dans les épanchements, si ces pseudo-rhumatismes d'origine bacillaire sont dus aux toxines du bacille de KOCH, nous n'aurions rien obtenu par l'injection intra-péritonéale ou la cytoscopie.

Ce qui nous a surtout engagé à rassembler ces notes c'est la marche insidieuse de la maladie qui a pris la forme d'une infection générale, puis aussi la difficulté du diagnostic. Sans les travaux de PONCET, sans le secours de la radioscopie, il eût été bien difficile d'être fixé sur la nature de cette affection et on n'aurait pu faire « que des *suppositions pour expliquer la mort de cet* « *homme succombant après quatre mois de maladie.* »

Voilà le fait essentiel qui, à notre sens, mérite d'être mis en lumière ; il nous permet en même temps d'attirer l'attention des praticiens sur l'importance des rayons X, comme moyen d'investigation pulmonaire dans les cas obscurs ou douteux ; méthode d'exception sans doute, précieuse quand même.

Opération de Talma pour ascite cirrhotique. Mort le 7e jour,

par le Docteur J. Vanverts
Ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris,
Membre correspondant de la Société de chirurgie

L'observation publiée récemment par le docteur DRUCBERT [1] me donne l'occasion de relater le fait suivant que je n'ai pu, à la suite d'un empêchement, présenter au Congrès français de chirurgie de 1904, au cours de la discussion ouverte sur cette question :

G..., 58 ans, coiffeur.

De bonne santé antérieure. Pas d'habitudes alcooliques (!).

Au début de l'année 1903, à la suite d'un refroidissement, G. commence à souffrir des reins, et les douleurs s'irradient vers les hanches. Cet état a persisté,

(1) *Echo médical du Nord*, 18 novembre 1906, p. 518.

sans changements, pendant quelques mois, puis s'est légèrement amélioré.

Le ventre grossit depuis mai 1903.

Les jambes gonflent le soir, surtout après la fatigue.

G. urine normalement.

Depuis 2 ans, hémorroïdes qui saignent de temps en temps.

Amaigrissement notable. Anorexie. Lenteur de la digestion. Pas de constipation.

Le médecin du malade a diagnostiqué une cirrhose hépatique avec ascite et a ordonné une série de médicaments qui n'ont eu aucune efficacité.

Je vois le malade en août 1903. — Son facies est amaigri, mais pas mauvais. — Le ventre est globuleux. Il est mat partout, sauf dans la région épigastrique et la partie interne des hypocondres. Le liquide qu'il renferme est abondant et libre. Circulation veineuse sous-cutanée assez développée. Matité du foie paraissant normale. Matité dans la région splénique.

Hernie inguinale gauche remplie de liquide.

Varicosilés au niveau du nez.

Souffle systolique à la base. Artères souples. Pas de pouls hépatique. Pas de faux pouls veineux.

Pas d'adénopathie sus-claviculaire ni axillaire.

Pas d'albuminurie

Diagnostic : Cirrhose atrophique avec ascite ; bien que le foie ne semble pas nettement diminué et que le malade nie toute habitude alcoolique. — Ce diagnostic est confirmé par le Dr Breton.

Epreuve du bleu de méthylène : Une heure et demie après l'ingestion d'une pilule, renfermant 3 centigrammes de bleu, légère coloration de l'urine. Cette coloration augmente pendant une heure et demie. Elle persiste intense pendant 3 heures ; puis diminue, mais existe encore nette 18 heures après l'ingestion.

27 août. — Opération. — J'interviens avec l'idée de pratiquer non seulement une omentopexie, mais aussi, comme l'a conseillé Schiassi, une splénopexie ; mais je compte me contenter, pour obtenir la fixation de la rate, d'interposer entre celle-ci et la paroi une lame de gaze, car je crains l'hémorragie qui pourrait résulter de la piqûre du tissu splénique.

Je pratique donc une incision transversale partant du bord externe du grand droit du côté gauche, et se terminant au niveau du rebord costal sur la ligne axillaire antérieure. Ultérieurement je poursuis mon incision jusqu'à la ligne médiane.

Le liquide ascitique s'écoule lentement par la petite incision que j'ai faite au péritoine ; j'agrandis ensuite cette incision. L'épiploon se présente ; il est très contracté et libre d'adhérences ; le côlon transverse le suit. La rate, libre, est augmentée de volume et ne dépasse guère par son extrémité inférieure le rebord du thorax.

J'étale entre la rate et la face inférieure du diaphragme une lame de gaze stérilisée. Puis je fixe l'épiploon par quelques points de catgut à chacune des lèvres de l'incision péritonéale ; la ligne de fixation est à 3 centimètres environ du côlon transverse.

Les muscles sont suturés au catgut en avant de la ligne de réunion péritonéo-épiploïque et du court tablier épiploïque que j'ai insinué dans un espace facilement creusé entre la face superficielle du péritoine et la face profonde du plan musculaire. Suture de la peau au crin. La mèche de gaze qui entoure la rate sort par l'extrémité externe de la ligne de réunion.

Pendant toute l'opération la plaie pariétale a suinté d'une façon notable ; mais il n'y a pas de gros vaisseaux blessés sur lesquels on puisse mettre des ligatures.

Le malade se réveille rapidement, est en bon état et n'accuse pas de douleurs.

Dans la journée il urine abondamment. Pas de vomissements. Émission de gaz par l'anus.

Le soir, la température est à 37°3, le pouls à 80. Je change les parties superficielles du pansement, car le malade est absolument trempé par le liquide ascitique qui s'est écoulé. Il y a eu un léger suintement sanguin.

28 août. — *Matin :* temp. 37°4, pouls 90. Bon état général. Le pansement, abondamment imbibé de sérosité, est changé. — *Soir* : temp. 38°, pouls 96. L'écoulement de liquide a été un peu moins abondant. Le malade a soif et boit de grandes quantités de lait.

29 août. — *Matin* : temp. 37°3, pouls 90. Je supprime la mèche de gaze. Urine abondante. Un peu de subictère. — *Soir* : temp. 36°8.

Dans la nuit du 29 au 30, subdélire.

30 août. — *Matin* : temp. 36°3, pouls 120. Le subictère a augmenté. Quelques troubles de raisonnement. L'écoulement de liquide continue abondamment.

Dans la journée la quantité d'urine est peu considérable. Agitation. — Injections d'éther.

Soir : temp. 36°1. — Nuit très mauvaise.

31 août. — *Matin* : temp. 36°8. Demi-coma. Ictère. Urine très peu abondante. L'écoulement du liquide ascitique a notablement diminué. — *Soir* : temp. 36°2.

1er septembre. — Légère amélioration : le malade reprend un peu connaissance. Ventre plat, non douloureux. Urines rares. L'écoulement du liquide ascitique est minime.

2 septembre. — Coma. Mort à onze heures du matin.

Je verse simplement cette observation au dossier de l'opération de Talma dont la valeur et les indications ne me semblent pas encore bien fixées et me garderai d'en tirer des conclusions favorables ou défavorables à cette intervention.

Je n'insisterai que sur la question de la technique que j'ai suivie. Pour obtenir des anastomoses plus étendues entre le système de la veine porte et la circulation générale j'ai, à l'exemple de Schiassi, combiné la splénopexie à l'omentopexie. J'ai dit plus haut pourquoi j'avais rejeté la splénopexie par suture. L'interposition d'une feuille de gaze entre la rate et le diaphragme fut la manœuvre utilisée pour obtenir la fixation de la rate.

Cette interposition doit en principe suffire à obtenir l'adhésion du feuillet péritonéal qui entoure la rate

avec celui qui recouvre le diaphragme. Mais j'estime que ce procédé est à rejeter : il force en effet à drainer la cavité abdominale puisque la mèche de gaze sort par la plaie pariétale. On favorise ainsi l'écoulement et la production de quantités considérables de liquide ascitique, ce qui amène une déshydratation rapide et certainement funeste.

Je crois donc que la splénopexie par interposition de gaze est à rejeter dans les cas de ce genre. Si l'on veut fixer la rate, c'est à la suture qu'il faut s'adresser; mais la manœuvre me semble périlleuse en raison de l'hémorragie à laquelle elle expose.

L'hémophilie est, en effet, fréquente chez les malades auxquels s'applique l'opération de Talma. Elle était très accusée chez l'opérée de Drucbert ; elle existait, bien que moins développée, chez le mien. C'est elle qui me poussa à rejeter l'intervention chez une autre malade atteinte de cirrhose avec ascite : le premier phénomène observé avait été une hématurie à répétition et ultérieurement s'étaient fréquemment reproduites des hémorrhagies gingivales et gastriques.

Considérations sur la pathogénie du Genu Recurvatum dans la coxalgie Influence des contractures,

par M. le Dr Bachmann, médecin-résident au Sanatorium de Saint-Pol-sur Mer.

(suite)

Observation XIII. — Dewyl.... Marie — 12 ans, entre le 3 juin 1899. — Coxalgie droite non suppurée. L'observation à l'entrée, très incomplète, nous renseigne mal sur l'état de l'enfant à ce moment.

Dans le cours de la première année, plusieurs appareils sont posés jusqu'au 6 décembre, où un abcès se forma, qui exigea des soins jusqu'en février 1900. Redressement sous chloroforme le 9 juillet 1900. — Pendant le reste de cette année et toute l'année qui suivit, l'attitude demeura bonne, mais il persiste encore de vives douleurs aux points d'élection. Le 2 mai 1902, attitude vicieuse en adduction et rotation en dehors : on pose l'extension continue remplacée assez rapidement par un appareil avec lequel on permet la marche, les douleurs ayant disparu. A la fin de 1903, réapparition des douleurs — contracture intense des adducteurs.

Le 10 janvier 1904, on signale, pour la première fois, un genu-recurvatum très prononcé, du côté malade.

Dans le cours des années 1904 et 1905 l'enfant est tour à tour exercée à la marche, munie d'un appareil plâtré ou couchée et mise à l'extension continue, toujours pour les mêmes raisons : persistance ou reproduction d'attitudes vicieuses, par contracture énergique des adducteurs. — En outre, sitôt que l'enfant est au lit, et qu'elle n'est pas munie d'un appareil prenant le pied, elle met son articulation tibio-tarsienne en énergique hyperextension, et garde une attitude fixe en varus équin, très accentué.

Actuellement, on constate l'état suivant : Raccourcissement de trois centimètres, dû à l'ascension du trochanter et à la diminution de longueur du fémur. Atrophie considérable du membre malade portant sur les muscles et les os, comme l'indiquent à la fois les mensurations et la radiographie :

Circonférence des cuisses (partie moyenne) :	côté sain	37
	côté malade	31
Circonférence des genoux :	côté sain	29
	côté malade	24 1/2
Circonférence des jambes (partie moyenne) :	côté sain	24
	côté malade	23

Légère tendance à l'équinisme du côté sain ; — mouvements de latéralité légers mais nets de ce côté.

Equinisme considérable compliqué de varus, avec enroulement du pied et subluxation de l'astragale en avant et en dehors — du *côté malade*.

La subluxation astragalienne est telle que le péroné se trouve refoulé en arrière et que la malléole touche presque le plan du lit, l'enfant étant couchée sur le dos.

Mensurations du genu-recurvatum :

Côté gauche (sain) :	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	2
	recurvatum passif	4 (ébauche)
Côté droit (malade) :	distance malléolaire	1
	recurvatum actif	1 1/2
	recurvatum passif	9

L'enfant présente un assez bon état général, mais elle a le type scrofuleux; tissus mous et flasques, amygdales très volumineuses, voix nasonnée et amygdalienne, caractère indolent, intelligence torpide.

L'absence de recurvatum actif est due, ici, en grande partie à l'indolence de l'enfant qui n'a pas l'énergie de faire l'hyperextension du genou pendant que l'on appuie les condyles sur le plan horizontal, et aussi un peu à ce qu'elle ne comprend que très mal ce qu'on demande d'elle.

Observation XIV. — Bl.... Rachel — 10 ans, entre le 2 février 1900. — L'observation à l'entrée est fort incomplète. L'enfant fut traitée à l'extension continue à Saint-Pol jusqu'au 11 avril, où un redressement sous chloroforme est pratiqué ; un abcès se forme en décembre 1900 : il est ponctionné, incisé ensuite, laisse une fistule qui est définitivement tarie en février 1902, après s'être réouverte et refermée à plusieurs reprises. Pendant ce temps l'enfant a porté d'une façon intermittente des appareils plâtrés. —

L'examen pratiqué le 28 octobre 1902 donne les renseignements suivants : Légères douleurs à la palpation et à la pression des régions juxta-articulaires; adduction avec rotation en dehors. L'enfant est traitée par l'extension continue jusqu'au 3 juillet 1904.

A cette date, pose d'un appareil sous chloroforme. Nouvel appareil posé encore sous chloroforme le

6 novembre, la mauvaise attitude s'étant reproduite presque aussitôt après l'ablation de l'appareil précédent. L'enfant ne supporte pas longtemps le nouvel appareil, on la remet à l'extension. Le 4 juillet 1905, M. Le Fort pratique le redressement de la hanche avec ténotomie des adducteurs. L'attitude se trouve être un peu meilleure, mais il persiste un grand raccourcissement et on projette une nouvelle intervention plus comptète qui a été effectuée le 10 avril dernier, et qui fut une véritable arthrodèse de la hanche.

Nous ne retenons de cette observation que ce qui concerne le genu-recurvatum. Celui-ci existe, en effet, assez considérable à gauche, — côté malade. — Il existe également, mais beaucoup moins marqué, à droite.

Atrophies musculaires et osseuses considérables du côté malade où les os sont grêles et raccourcis, comme l'indiquent les radiographies. Attitude en équinisme prononcée du côté malade, légère du côté sain ; l'enfant est douillette et grognonne ; elle a toujours été difficile à examiner, et toute son histoire clinique est dominée par les contractures qui ont nécessité plusieurs redressements sous chloroforme et des ténotomies. — Mouvements de latéralité des deux genoux plus prononcés du côté malade. — Système musculaire en général peu développé. — Etat général plutôt médiocre ; tissus mous et flasques, caractère très indolent et mou, intelligence peu développée.

Mensurations du recurvatum

Côté droit (sain) :	distance malléolaire	1 1/2
	recurvatum actif	1 1/2
	recurvatum passif	4
	(ébauche assez apparente).	
Côté gauche (malade) :	distance malléolaire	3.5
	recurvatum actif	4
	recurvatum passif	9.5

Les trois fillettes dont nous venons de résumer les observations présentent un point commun : elles ont eu, ou ont encore, de fortes contractures et de l'équinisme du côté malade ; toutes trois sont molles, flasques, et dépourvues d'énergie musculaire, d'une façon générale. — Deux de ces enfants ont subi au Sanatorium un traitement long et complexe : elles ont gardé le lit longtemps et ont été soumises à plusieurs reprises, et pendant une durée appréciable chaque fois, à l'extension continue.

Seule, la jeune Nin... Madeleine, n'a pour ainsi dire pas été mise à l'extension et a eu des appareils pendant presque tout son séjour. L'extension continue n'est donc pas en cause chez elle.

Toutes trois ont pour caractère commun d'avoir un recurvatum passif très marqué du côté malade, et peu ou point de recurvatum du côté sain. Ne faut-il pas en voir la cause dans la localisation des contractures au membre malade tandis que le membre sain, peu musclé, s'abandonnait plutôt au lieu de se contracturer, en raison même du tempérament flasque des jeunes malades.

Observation XV. — Cruy.... Marie — 9 ans — entre le 1er février 1904. — Coxalgie droite suppurée. Début deux ans et demi avant l'entrée. L'enfant est d'abord livrée à elle-même. Plusieurs abcès se produisent ; le médecin, appelé tardivement, ne peut que les inciser ; des fistules suppurant beaucoup se produisent.

L'enfant fait un séjour d'un an à Saint-Sauveur où on lui résèque la hanche (14 décembre 1902). A son entrée au Sanatorium, elle présente deux fistules au niveau de la cicatrice opératoire. La cuisse est raccourcie de 4 centimètres ; la hanche est ballante ; l'atrophie musculaire et osseuse sont prononcées.

Circonférence des cuisses :	côté sain	22 1/2
	côté malade	18 1/2
Circonférence des genoux :	côté sain	21
	côté malade	19 1/2

L'état local s'est peu modifié depuis l'arrivée : une des fistules s'est refermée, — l'autre suppure moins, mais l'attitude reste la même, sans tendance à se modifier ; — il n'y a pas d'ankylose, la hanche reste ballante. — L'extension continue, avec des poids assez forts, est maintenue depuis l'arrivée. L'état général s'est relevé beaucoup.

Aux deux genoux, il existe du relâchement articulaire se manifestant par des mouvements de latéralité avec choc, plus marqués du côté malade. Contractures bilatérales, équinisme double plus prononcé du côté malade et compliqué de varus de ce côté ; en même temps on constate une rotation de la jambe en dehors avec torsion produite au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Double genu-recurvatum plus prononcé *du côté sain.*

Côté gauche (sain)	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	4
	recurvatum passif	8
Côté droit (malade) :	distance malléolaire	1
	recurvatum actif	1
	recurvatum passif	6

L'enfant contracte assez énergiquement ses muscles du membre sain, dont le développement est normal.

Observation XVI. — Log.... Marthe — 13 ans — entre le 1er septembre 1901. — Coxalgie droite non suppurée. — Début à l'âge de 3 ans 1/2. L'enfant se met à souffrir du genou après une rougeole dont elle ne se serait pas bien remise. Elle reçoit chez elle des soins mal dirigés et souvent interrompus. Elle passe ensuite 3 mois 1/2 à Saint-Sauveur où elle est mise à l'extension continue.

A son entrée on constate les signes suivants :

Raccourcissement apparent à la vue et à la mensuration (2 centimètres) du membre inférieur droit. Adduction moyenne avec rotation en dehors. — Atrophie musculaire marquée :

Circonférence des cuisses :	côté sain	27 1/2
	côté malade	24

Douleurs à la pression profonde du triangle de Scarpa et de la fosse iliaque. Luxation assez forte. — Hanche immobile. —

L'enfant a l'aspect anémique, mais les fonctions sont normales. Les lésions sont très profondes, d'après la radiographie.

L'enfant, mise à l'extension continue, est traitée pour un abcès qui devient fistuleux et guérit rapidement. Depuis l'année 1903, l'enfant porte des appareils plâtrés. Elle passe à la section des valides en juin 1904, fait un nouveau séjour de trois mois aux infirmeries en 1905 et est de nouveau à la section des valides, munie d'un appareil, et marchant bien depuis le mois de mai 1906.

Pendant les longs mois où cet enfant a eu l'extension continue, elle a pris une attitude vicieuse en équin compliqué de varus du côté malade. Le membre sain s'abandonne naturellement et ne présente pas d'attitude vicieuse.

L'enfant est nerveuse et présente des troubles hystériformes (impotences fonctionnelles par suggestion).

Recurvatum marqué du *côté malade*, *nul* du côté sain :

Côté gauche (sain) :	distance malléolaire	2 1/2
	recurvatum actif	2 1/2
	recurvatum passif	3
Côté droit (malade) :	distance malléolaire	3 1/2
	recurvatum actif	9
	recurvatum passif	16

Atrophie musculaire marquée. — Mouvements de latéralité du côté malade.

Circonférence des cuisses :	côté sain	25 1/2
	côté malade	23

Observation XVII. — Lesc.... Alphonsine — 12 ans, entre le 7 juillet 1901. — Coxalgie gauche. Attitude vicieuse très accentuée : abduction et rotation en dehors, flexion considérable : extension de la cuisse sur le bassin impossible. Si on essaie de produire ce mouvement l'enfant pousse des cris, contracte ses muscles et immobilise son articulation Atrophie notable.

Le 28 juillet 1901, redressement sous chloroforme par M. Phocas. L'appareil est enlevé en novembre. A ce moment apparaît un abcès que l'on traite, qui devient fistuleux et suppure beaucoup. La suppuration cesse en mars 1902. — Pendant tout ce temps l'extension continue a été posée. — Il y a un raccourcissement réel et atrophique du membre malade. La hanche est ballante.

En avril 1902, des appareils commencent à être posés. Le recurvatum existe déjà à ce moment *du côté malade*, il existe également de ce côté un varus équin assez prononcé avec subluxation de l'astragale qui est, non en avant de la malléole externe, mais en dessous et un peu en arrière d'elle. Le membre inférieur droit, normalement musclé, ne présente ni attitude mauvaise, ni contracture.

Genu-recurvatum unilatéral, du côté malade.

Mensuration :

Côté droit (sain) :	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	2
	recurvatum passif	3 1/2
Côté gauche (malade) :	distance malléolaire	4
	recurvatum actif	8
	recurvatum passif	11

L'enfant est d'une nature molle et peu énergique. Son état général est très bon. — On essaie, dès l'an dernier, à remédier au genu-recurvatum au moyen d'appareils plâtrés posés avec flexion assez forte du genou. Le résultat obtenu est satisfaisant : le genou a pris une certaine raideur en flexion légère très favorable a sa consolidation et rendant la marche plus facile. L'enfant est à la section des valides et participe à toutes les promenades.

Observation XVIII. — Dec.... Octavie — 8 ans, — entre le 1er avril 1903. Coxalgie droite avec abcès. — Aucun détail sur les antécédents ni le début de la maladie. A l'entrée : coxalgie droite avec membre en adduction et rotation en dehors, flexion et ensellure lombaire notables, abcès en formation. — Douleurs à la hanche, douleur à la pression *du genou* au niveau fémoral interne.

Mensurations à l'entrée : Raccourcissement de deux centimètres ;

Circonférence des cuisses :

1° Au 1/3 supérieur :	côté sain	32
	côté malade	33
(Augmentation de volume dû à l'abcès).		
2° Au 1/3 inférieur :	côté sain	26
	côté malade	24
Circonférence des jambes partie moyenne :	29 des deux côtés.	

Enfant pâle, de caractère mou. — État général satisfaisant, poumons normaux.

On pose l'extension continue à l'arrivée.

Le 29 novembre on ponctionne, puis on incise l'abcès qui se met à suppurer beaucoup et à nécessiter des drainages et des contre ouvertures.

Pendant les années 1904 et 1905 l'enfant a été à l'extension continue, celle-ci n'a été interrompue que pendant deux mois. L'état général de l'enfant s'est fort aggravé à cause des suppurations. Celles-ci ont fini par se tarir et on peut faire un premier appareil plâtré en avril 1906, en maintenant une fenêtre par laquelle on surveille et on panse une petite fistulette qui reste.

Le caractère de l'enfant s'est modifié pendant la période d'aggravation, elle est devenue nerveuse, grognonne, douillette et indocile.

Elle présente au membre inférieur droit une contracture très intense avec équinisme fort accentué, accompagné de varus.

Il existe également de la contracture et de l'équi-

nisme permanent du côté sain. Lorsqu'on essaie de réduire ces attitudes de l'un ou de l'autre côté, l'enfant résiste, elle se met à pleurer et réagit à tout effort par de la trépidation épileptoïde, des deux côtés.

Mensurations actuelles :

Circonférences des cuisses	Côté sain (gauche)...	28 cm.
	Côté malade.........	24 cm. 5

Recurvatum :

ôté sain (gauche).......	Distance mall....	2 1/2
	Recurv. actif.. .	4
	Recurv. passif...	6 1/2

Varus équin, contracture, *pas de latéralité* ou très peu.

Côté malade (droit)......	Distance mall... .	1 1/2
	Recurv. actif.....	2
	Recurv. passif...	7 1/2

Varus équin, contracture, *latéralité considérable*.

Comme on le voit, du côté gauche, où il n'y a ni atrophie, ni relâchement ligamenteux, mais simplement un peu de maigreur due à l'altération, d'assez longue durée, de l'état général, on trouve un recurvatum *passif* presque aussi prononcé que du côté malade, un recurvatum actif *plus prononcé* que du côté malade, que l'on ne peut guère attribuer qu'aux contractures musculaires et aux mauvaises attitudes qui s'en sont suivies.

Observation XIX. — Wach.... Clara — 13 ans — entre le 9 décembre 1905. — Coxalgie gauche suppurée. — Début à l'âge de 10 ans. — Premier appareil possible le 25 août 1903. — Extension continue pendant deux mois ensuite, à l'hôpital Saint-Sauveur, où un drainage d'abcès de hanche fut pratiqué. — L'enfant est ensuite soignée chez elle jusqu'à son arrivée au Sanatorium.

A son entrée, on constate chez elle une coxalgie gauche avec adduction marquée, rotation en dedans, et huit centimètres de raccourcissement, dû en grande partie à l'adduction. — Douleurs à la pression du triangle de Scarpa et du trochanter. Luxation. — Fistule suppurant assez abondamment; état subfébrile; pâleur grisâtre des téguments; maigreur. Poumons en bon état. Atrophie musculaire marquée, atrophie osseuse :

Circonférence des cuisses :	côté sain........ .	27
	côté malade	24
Circonférence au niveau des condyles fémoraux :	côté sain...	26
	côté malade	23

Enfant nerveuse peu docile.

Contractures bilatérales intenses; équinisme double très prononcé même du côté sain; mouvements de latéralité très marqués du côté malade, *nuls* du côté sain.

Double genu-recurvatum très prononcé à droite, un peu plus prononcé à gauche (côté malade).

Mensurations :

Côté droit (sain) :	distance malléolaire	2
	recurvatum actif	8
	recurvatum passif...... .	10
Côté gauche (malade) :	distance malléolaire......	2
	recurvatum actif.......	8 1/2
	recurvatum passif	13 1/2

Observation XX. — Delph. .Virginie — 5 ans entre au Sanatorium le 20 février 1905. Coxalgie gauche. Début deux mois avant l'arrivée; chute, puis boiterie. Diagnostic posé 15 jours après. Traitement : repos au lit. A l'entrée, signes de coxalgie au début : douleur paraissant vive à la moindre tentative d'exploration; immobilisation réflexe de la hanche; quelques jours après, l'examen est renouvelé. il est négatif : l'enfant ne souffre plus, elle n'est plus fléchie, on peut mouvoir sa hanche avec facilité, bref, tout symptôme morbide a disparu comme par enchantement. On pense à la coxalgie hystérique. L'enfant est d'apparence calme, même un peu hébétée ; elle est d'ailleurs arriérée. Elle a de l'incontinence nocturne d'urine et des cris nocturnes.

En présence de cette absence de symptômes, on met l'enfant à la section des valides. Elle rentre à l'infirmerie le 18 mars, boitillant un peu. Du 23 mars au 19 avril, elle est isolée pour rougeole. Elle rentre ensuite de nouveau à l'infirmerie. A ce moment, la douleur a reparu à là hanche, mais moins vive. L'attitude est la suivante : abduction légère avec rotation en dehors et flexion.

Du 8 juin au 18 juillet, l'extension continue est posée.

Le 18 juillet, un appareil est posé sous chloroforme. Depuis lors, l'enfant n'a pas cessé de porter un appareil.

Dès le moment où elle a gardé le lit, l'enfant a présenté une grande tendance aux contractures et à l'équinisme double Actuellement, il est impossible de noter cette attitude pour le pied malade immobilisé, ainsi que la hanche et le genou, dans un appareil, mais le pied sain présente cette attitude d'une façon habituelle et permanente. D'ailleurs le membre inférieur droit est sans cesse animé de petits mouvements et de petites contractures réflexes. Les orteils s'agitent; le pied se tend en hyperextension ; les muscles de la cuisse se gonflent sous la peau et la rotule est sans cesse mobilisée de bas en haut.

L'enfant est nerveuse, elle n'a plus l'aspect calme du début ; elle est souvent indocile.

On a pu mesurer le récurvatum avant de poser le dernier appareil : il existe *des deux côtés* et est aussi prononcé du côté sain que du côté malade.

Côté droit (sain)	distance malléolaire.......	2
	recurvatum actif..........	4 1/2
	recurvatum passif....... .	7 1/2
Côté gauche (malade)	distance malléolaire.......	2
	recurvatum actif.	4
	recurvatum passif..... ..	7 1/2

Si nous faisons abstraction de l'observation I, concernant une coxalgie double, et que nous avons discutée longuement déjà, il nous reste à considérer dix neuf cas de coxalgie unilatérale dans lesquels le genu-recurvatum s'est rencontré.

Treize fois, le genu-recurvatum était bilatéral.

Quatre fois, le genu-recurvatum n'existait pas du côté malade.

Une fois, il n'existait que du côté sain. Sur les treize cas de genu-recurvatum doubles, trois fois, le genu-recurvatum existant du côté sain y était très peu marqué ; quatre fois, il était très appréciable du côté sain, quoique moins fort que du côté malade ; trois fois, on trouvait, à côté d'un genu-recurvatum passif plus marqué du côté malade, un recurvatum actif plus prononcé du côté sain ; enfin, dans deux cas, le genu-recurvatum actif et le passif étaient tous deux plus marqués du côté sain.

Parmi les enfants chez lesquels le recurvatum existait seulement du côté malade ou bien y était beaucoup plus prononcé que du côté sain, nous trouvons presque tous nos coxalgiques très anciens (6 ans, 5 ans, 9 ans), dans un cas, celui de la jeune Cruypl, Marie (obs. XVI), le recurvatum était plus marqué du côté sain, bien que la lésion fût vieille de 5 ans et que l'enfant fût à l'extension depuis 2 ans 1/2. Mais il s'agit d'une enfant réséquée à hanche ballante : *On peut dire que l'influence musculaire en ce qui coneerne le quadriceps ne se fait plus sentir depuis que la résection de la tête fémorale a supprimé en fait l'action musculaire normale de ce muscle, qui ne peut agir sur le genou dans le sens de l'hyperextension que si la hanche est fixée.*

Les malades chez lesquels le recurvatum *est plus marqué du côté sain et celui chez lequel il n'existe que de ce côté* sont en général des cas récents ou jeunes ; un mois 1/2 de séjour et de traitement (obs. VII) ; un peu plus de deux ans de lésion, 9 mois de traitement (obs. VI) ; un an 1/2 de lésion et de traitement (obs. XX).

Quant à l'extension continue, son influence certaine dans quelques cas (obs. XIX, côté malade, obs. VIII), n'y est pourtant pas isolée ; d'autre part, nous constatons des genu-recurvata très prononcés chez des enfants qui ont été très peu soumis à l'extension (obs. XII, Nin.), (obs. II, Vast.).

Nous pouvons tirer de notre étude les conclusions suivantes : Toutes les fois qu'il existe, chez un enfant coxalgique couché, de fortes contractures et une attitude en équin durant depuis un certain temps, on constate chez lui du genu-recurvatum.

Lorsque par suite d'une tendance naturelle (nervosisme), l'enfant fait de la contracture des deux membres inférieurs, — et le cas est assez fréquent, — il se produit alors du genu-recurvatum double. Dans ces cas, le recurvatum est le plus prononcé du côté où l'action musculaire *est la plus forte* ; — c'est ainsi qu'il s'est trouvé parfois que le recurvatum fut plus prononcé du côté *sain*.

Lorsqu'il s'est trouvé être le plus prononcé du côté malade, — et c'est la majorité des cas — il y avait toujours, de ce côté, des mouvements de latéralité du genou, et un écart entre le recurvatum *actif* et *passif* d'autant plus appréciable que l'affection était plus ancienne. Le genu-recurvatum, dans ces cas, est surtout ligamenteux et reconnaît des causes diverses (atrophie, extension continue, etc.).

Mais l'étude des cas récents, où on trouve souvent un genu-recurvatum actif notable, nous permet de penser que l'action musculaire, même lorsqu'elle est négligeable plus tard, se fait au moins sentir au début d'une façon apparente.

Cette action musculaire explique seule le recurvatum qui se produit au membre *sain*, et n'est accompagné d'aucun mouvement de latéralité de l'articulation du genou.

Il nous paraîtrait bien superflu, et même un peu prétentieux de donner « une théorie » du genu-recurvatum, si nous n'avions pas l'impression que l'on peut tirer de cette simple donnée pathogénique quelques conclusions pratiques.

Nous reconnaîtrons tout d'abord la valeur du premier précepte de Campenon : Placer le genou en légère flexion.

L'attitude légèrement fléchie, outre qu'elle détend un peu le quadriceps, a pour effet de dégager la partie antérieure de l'articulation et de décomprimer, à ce niveau, les extrémités articulaires. Par contre, le second précepte du même auteur : Laisser la jambe jouir d'une certaine mobilité sur la cuisse, nous paraît en contradiction avec ce que nous pensons de l'influence de la mobilité articulaire sur les contractures, et de l'influence de ces dernières sur l'atrophie. Il faut, à notre avis, immobiliser le genou rigoureusement afin d'annihiler l'action des muscles.

Il faut l'immobiliser autant que possible en légère flexion. Enfin, il nous paraît indispensable d'immobiliser également l'articulation du cou de pied en la maintenant fléchie à angle droit. De cette façon, le triceps sural sera à la fois allongé et fixé, ce qui gênera sa contraction, fera cesser progressivement son effort et *entraînera nécessairement le relâchement de son antagoniste, le quadriceps fémoral.*

Cette immobilisation sera facile à réaliser au moyen du grand appareil plâtré du membre inférieur, bien fait; mais lorsque l'état de la hanche contre indique l'appareil; quand la présence des fistules, l'existence de vives douleurs ou de mauvaises attitudes nécessitera l'application d'une extension continue, il est certes impossible de pratiquer une immobilisation rigoureuse du membre entier au moyen des bandes de toile de diachylon qui sont à la base de tout appareil d'extension.

On peut cependant, ici même, s'opposer à l'équinisme. Il suffit pour cela d'annexer à l'appareil de traction une petite caisse légère dans laquelle le pied se trouvera maintenu à angle droit. Cette caisse, qui sera solidaire de bandes fixées au dessus des condyles fémoraux, servira elle-même de support au poids, mais elle devra maintenir simplement le pied en bonne position, sans en aucune façon tirer sur lui, ce qui aurait pour effet de distendre l'appareil ligamenteux du genou.

Mais quoique l'on fasse, il sera toujours difficile de réaliser, au moyen de l'appareil à extension le mieux fait, cette immobilité parfaite du genou et du cou de pied.

Il sera également impossible par ce moyen de vaincre complètement la contraction du quadriceps, c'est pour toutes ces raisons qu'il faudra recourir le plus tôt que l'on pourra à un mode plus parfait d'immobilisation.

Si l'extension continue prolongée donne de bons résultats pour la réduction progressive d'attitudes vicieuses qui semblent, à priori, ne devoir jamais être vaincues, il faut reconnaître que dans bien des cas le redressement en une ou plusieurs séances, sous chloroforme, sans aucune violence, la simple pose d'appareil après relâchement anesthésique des muscles, peut donner, avec incomparablement plus de rapidité, des résultats esthétiques aussi bons, en permettant d'écarter ce facteur si important du genu-recurvatum, l'extension continue longtemps prolongée.

Nous pouvons donc résumer toutes ces indications concernant la prophylaxie du genu-recurvatum dans le principe suivant : Réduire au minimum l'atrophie du membre malade, pour cela immobiliser le mieux et le plus vite possible avec toutes les attitudes mauvaises et toutes les contractures intéressant la *totalité* du membre malade, ce que l'on obtiendra en immobilisant le membre le plus parfaitement possible *dans sa totalité* et en choisissant, pour chacune des trois grandes articulations qu'il comprend, l'attitude *moyenne*, la plus favorable au relâchement musculaire : à la hanche, extension presque complète avec altération moyenne et rotation en dedans légère ; au genou, très légère flexion ; au cou de pied, flexion à angle droit du pied sur la jambe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 5 Novembre 1906

Présidence de M. Noquet, Président

Amputation interscapulo-thoracique pour sarcome

M. Lambret. — Je présente un sarcome du bras pour lequel j'ai eu à pratiquer une amputation interscapulo thoracique. Il s'agit d'un homme que je vis pour la première fois au mois d'août dernier. Il présentait à ce moment un sarcome de la région moyenne du bras droit, sarcome



mobile et probablement périostique. A la demande du malade je me contentais de faire seulement l'ablation de la tumeur qui dut être compliquée d'une résection du nerf radial englobé dans le néoplasme. Cette conduite susceptible de donner de bons résultats ne fut pas suivie de succès dans le cas particulier. Très rapidement, la récidive

se fit, le bras augmenta de volume, l'œdème envahit l'avant-bras et la main, de violentes douleurs apparurent et l'état général devint mauvais. Le malade revint me voir au milieu d'octobre, c'est-à-dire deux mois et demi après la première intervention, et il me fut facile de me rendre compte que la situation était devenue très grave tant à cause du grand affaiblissement du sujet que du volume de la tumeur. Celle-ci distendait les téguments et avait poussé vers la racine du membre, si bien que je jugeai qu'il n'était plus possible de faire la désarticulation de l'épaule, la peau aurait manqué pour recouvrir le moignon. Pour avoir de la peau, je fis donc une amputation interscapulo thoracique et l'ablation de l'omoplate me fournit une quantité suffisante de tégument pour fermer la plaie et obtenir une cicatrisation par première intention. Ci-joint la photographie du malade.

Fracture de rotule

M. J. Colle présente un cas de fracture de la rotule survenue au cours de la rupture d'une ankylose du genou. Le résultat fonctionnel, en dépit ou peut-être en raison d'un écartement de deux centimètres environ, fut excellent (sera publié).

Fracture compliquée de l'avant-bras

M. J. Colle présente un homme tombé en juillet 1906 d'une hauteur de 7 à 8 mètres et qui présentait un traumatisme complexe du bras droit dont les caractéristiques principales étaient les suivantes :

1° luxation du cubitus et du radius en arrière ; 2° fracture du cubitus à la partie moyenne ; 3° large plaie de l'avant-bras compliquant la luxation et la fracture, ouvertes l'une et l'autre ; 4° fracture esquilleuse de la cupule radiale ; 5° vaste épanchement sanguin noyant l'articulation du coude.

La plaie fut prolongée en arrière permettant ainsi de cueillir l'esquille radiale puis de nettoyer et de réduire à ciel ouvert l'articulation. Enfin, à l'aide d'une griffe de Jaccoel, les deux fragments du cubitus furent assemblés et fixés. Deux drains enfin, avant réunion complète, traversèrent le bras au niveau de la fracture et de la luxation.

Huit jours plus tard, les drains sont enlevés. La mobilisation est commencée au quinzième jour. Progressivement l'extension est obtenue presque jusque la rectitude. Petit à petit la flexion s'accentue et dépasse bientôt l'angle droit. Seuls les mouvements de pronation et de supination restent longtemps impossibles.

Aujourd'hui, les mouvements de flexion et de pronation demeurent aussi étendus tandis que la pronation et la supination commencent à s'indiquer. La main fonctionne assez bien, mais sans force suffisante encore, en raison d'une atrophie persistante de ses muscles et de ceux de l'avant-bras. Enfin, il convient de signaler l'existence jusqu'à ce jour de troubles vaso-moteurs caractérisés par la coloration violacée des téguments et leur hypothermie au niveau de la main.

Le résultat définitif n'en reste pas moins très remarquable et inattendu à la suite d'un traumatisme aussi sérieux.

Néphrectomie pour tuberculose du rein

M. Carlier présente deux reins tuberculeux qu'il a enlevés l'un il y a huit jours chez un garçon de 17 ans, et l'autre le matin même chez un malade de 19 ans. Ces deux reins sont atteints de grosses lésions de tuberculose. Le premier malade est en voie de guérison. Bien que l'autre malade n'ait été opéré que très récemment, puisque l'opération a été faite dans la matinée, et qu'il semble au moins prématuré d'envisager si tôt le résultat, M. Carlier croit pouvoir affirmer la guérison de son opéré. En effet l'analyse chimique des urines, l'épreuve au bleu de méthylène et la division des urines ont permis d'affirmer l'intégrité du rein congénère. Dans ces conditions, le sort du malade dépend entièrement de l'acte opératoire. Comme la néphrectomie s'est faite très simplement, la guérison du malade n'est pas douteuse.

Accouchement spontané dans un bassin vicié par claudication à la suite de paralysie infantile

M. Oui lit une observation qui a été publiée dans un précédent numéro.

ALCOOLIA

La prohibition de l'absinthe dans le canton de Vaud

A la suite du meurtre de sa femme et de ses deux enfants par un père de famille absinthique, meurtre qui du reste n'était pas le premier de cette série, un énergique mouvement de réprobation contre l'absinthe se manifesta dans le canton de Vaud. Une loi fut votée le 15 mai 1906 par le grand Conseil vaudois, interdisant la vente de l'absinthe dans le canton. L'agitation soulevée par cette question s'étend et pourrait bien aboutir à une proscription généralisée à toute la Suisse.

Les fabricants d'absinthe, soutenus par les débitants, ont tenté de créer un mouvement d'opinion inverse et demandé un plébiscite sur la question ainsi posée : « Maintenez-vous la loi du 15 mai 1906 interdisant dans le canton de Vaud la vente de l'absinthe ? »

Le vote populaire vient de répondre, et demande par 22.407 voix contre 15.596, que la loi du 15 mai soit maintenue. Voilà un vote qui aura l'approbation de tous les hygiénistes.

(*Lyon médical*, 30 septembre 1906).

BIBLIOGRAPHIE

L'évaluation des incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières des diverses parties du corps, par le Dr Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Un volume in-16 cartonné, avec 63 figures. Vigot Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. . . . . 4 fr.

Le Docteur Ch. Remy, bien connu par ses nombreux travaux sur la médecine des accidents du travail dans laquelle il a acquis une expérience incomparable, utilisée fréquemment par les Compagnies d'assurances, vient de publier un nouvel organe intitulé :

« *L'Evaluation des Incapacités permanentes basées sur la physiologie des fonctions ouvrières des diverses parties du corps* ».

Cet ouvrage, résultat de huit années de pratique, est écrit dans un langage clair, compréhensible pour les profanes dans l'art médical. Il rendra les plus grands services à tous les assureurs pour la fixation des rentes à attribuer aux victimes d'accidents occasionnant une incapacité permanente : il sera même indispensable aux chefs de contentieux, chefs de services et inspecteurs chargés du règlement des sinistres devant le juge conciliateur, comme aux magistrats et aux avocats, appelés à déterminer et à défendre les taux d'invalidité permanente.

Au médecin, qu'il débarrassera du souci de se mettre d'accord avec les décisions antérieures de la justice. Délivré des questions de jurisprudence où il pourrait errer, il s'appuiera sur des connaissances uniquement médicales qu'il connaît bien et qu'il peut seul connaître et ses conclusions deviennent indiscutables.

Le nouvel ouvrage du Docteur Ch. Remy est divisé en quatres parties principales comprenant des chapitres courts, bien distincts, illustré de 63 figures aidant à la compréhension du texte et donnant des exemples utiles à connaître, sont sucessivement traités :

Les conditions et moyens d'évaluation d'incapacité, comprenant l'étude très serrée des conditions et de la date de la consolidation légale ou juridique qui a pour but de fixer exactement la fin de l'incapacité temporaire et le commencement, s'il y a lieu, de l'infirmité permanente, conditions et date donnant si souvent lieu à des contestations aussi longues que difficiles à résoudre.

La physiologie des fonctions ouvrières de toutes les parties du corps. Cette partie donne sur chacune de ces fonctions les indications les plus précises permettant d'apprécier la valeur utilitaire de travail des membres supérieurs, inférieurs, de la tête et du tronc et donnant aussi le moyen d'estimer plus aisément ce qui reste de cette valeur que le taux de l'incapacité permanente a été fixé. Elle est fort utile pour les révisions.

L'évaluation des pertes d'aptitude au travail en général donnée par chaque partie d'un membre. Ce chapitre est un des plus importants parce qu'il détermine scientifiquement le degré de la perte de l'aptitude au travail subie par chaque fonction à la suite d'un accident et, par suite, le taux de la rente à servir à la victime. Est étudiée tout particulièrement l'évaluation des névroses et des phénomènes morbides révélés par le blessé et que lui seul peut percevoir. Les assureurs et les magistrats consulteront avec le plus grand profit cette importante partie du travail du Docteur Ch. Remy.

L'ouvrage se termine par les causes de variations et d'erreurs d'évaluation dans lesquelles sont développées, avec des arguments nouveaux, celles provenant de l'âge et de l'état antérieur de la victime qui influent trop fréquemment, on le sait, sur la réduction d'aptitude du travail et dont la part n'est pas toujours assez faite dans la fixation du degré de cette réduction.

Par ce rapide exposé, il est aisé de se rendre compte du puissant intérêt qu'offre l'ouvrage du Dr Remy, ouvrage qui vient compléter tous les documents parus jusqu'ici sur l'évaluation des incapacités permanentes en ce qu'il en donne une explication raisonnée et documentaire provenant de la pratique déjà longue acquise par l'auteur. Aussi sommes-nous certains que le nouveau livre du Dr. Remy aura tout le succès qu'il mérite.

NOUVELLES & INFORMATIONS

— De nombreuses sociétés médico-professionnelles de Paris ont approuvé le projet d'une Loterie en faveur des infortunes du Corps Médical (infirmes, veuves, orphelins) qui leur a été présenté par M. le docteur Smester. Elles ont désigné des délégués pour former un Comité d'action et ont voté des fonds pour le fonctionnement de ce comité.

Ce projet consiste à lancer, après autorisation ministérielle, une Loterie de X.... millions dont le bénéfice servirait à créer une caisse d'allocations temporaires aux malades et de pensions aux invalides de la profession médicale, ainsi qu'aux veuves et orphelins de médecins.

L'organisme chargé de gérer cette caisse sera une société déjà existante ou une société nouvelle.

Il s'agit là d'une œuvre d'intérêt général pour le corps médical, œuvre à laquelle le Comité d'action demande d'adhérer dans le plus bref délai possible au Dr Dardelin, 53, Route de Châtillon, à Montrouge (Seine), Secrétaire du Comité.

UNIVERSITÉ DE LILLE

Le jury du Concours (médecine légale et section de médecine) qui doit s'ouvrir le 17 décembre à Paris, pour quinze places d'agrégé, est constitué comme suit : MM. les professeurs Debove (de Paris), président ; Cornil, Dieulafoy, Brissaud, Hutinel, de Paris ; Arloing (de Lyon) ; Carrieu (de Montpellier) ; Combemale (de Lille) ; Moussous, de Bordeaux.

Les candidats inscrits pour les deux places d'agrégés de cette section réservées à la Faculté de Lille, sont en plus de MM. les docteurs Bertin, Breton, Gellé, Raviart, Vansteenberghe, tous cinq de l'Université de Lille, de cinq autres étrangers à notre Université.

Les candidats au **Concours d'agrégation** (section de pathologie interne et de médecine légale) sont au nombre de 79. Ce sont : MM. Apert, Armand-Delille, Aubertin, Auclair, Babonneix, Bernard, Camus, Castaigne, Clerc, Crouzon, Detos, Ferraud, Gaudy, Garnier, Gaultier, Grenier, Griffon, Guillain, Halbron, Hauser, Herscher, Josué, Jousset, Laignel-Lavastine, Laubry, Lereboullet, Leri, Lesné, Leven, Lœper, Lortas-Jacob, Marie, Mercklen, Milian, Nattan-Larrier, Nobécourt, Pagniez, Pauly, Romond, Rathery, Ravaut, Ribière, Rosenthal, Sainton, Salomon, Sicard, Simon, Vitry, Voisin, *pour Paris*; MM. Bertin, Carlos, Cruchet, Daloin, Galtier, Garnier, Herscher, Micheleau, Pauly, Sorel, *pour Bordeaux*; MM. Bertin, Breton, Dalous, Garnier, Gellé, Herscher, Pauly, Raviart, Sorel, Vansteenberghe, *pour Lille*; MM. Bériel, Bertin, Bonnamour, Cade, Carrier, Dalous, Garnier, Herscher, Lépine, Lesieur, Martin, Mayet, Mouriquand, Pallasse, Pauly, Péhu, Piéry, Porot, Sorel, *pour Lyon*; MM. Bertin, Bousquet, Dalous, Garnier, Gaussel, Herscher, Lagriffoul, Leenhardt, Pauly, Rimbaud, Salager, Sorel, *pour Montpellier*; MM. Bertin, Dalous, Garnier, Herscher, Pauly, Sorel, *pour Toulouse*.

Soutenance de thèse

M. H.-A.-J. Naret, d'Haubourdin (Nord), a soutenu avec succès, le lundi 3 décembre 1906, sa thèse de doctorat (nº 3) intitulée : *Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les tuberculeux chirurgicaux adultes.*

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de Lyon. — M. le docteur Chatin, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Bondet.

Faculté de Montpellier. — M. le professeur Mairet est nommé Doyen pour trois ans à dater du 5 décembre 1906.

Ecole préparatoire de Clermont. — M. le docteur Bruyant est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole preparatoire de Reims. — M. le docteur Henry est chargé des fonctions de suppléant de la chaire de chimie.

Notre Carnet

M. le docteur A. Henriet, de Brieulles-sur-Bar (Ardennes), nous fait part de la naissance de son fils Pierre. Nous lui adressons nos meilleurs souhaits.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Cruzel, médecin-major de 1re classe en retraite, à Marseille.

Jouveniaux, de Boves (Somme); Lecœuvre, d'Orchies (Nord); Patoir, de La Madeleine-lez-Lille. Nous adressons à la famille de ces confrères, plus particulièrement à notre collègue et collaborateur M. le professeur Patoir, neveu du doyen du corps médical de Lille, qui vient de disparaître, l'expression de nos sincères et bien vives condoléances.

MOTS DE LA FIN

Beaucoup de médecins allemands parlent le français avec assez de facilité ; chez les dames la connaissance de notre langue constitue en quelque sorte une brevet de bonne éducation et souvent les jeunes Berlinoises viennent, à leur sortie du pensionnat, passer un an dans des institutions parisiennes. Mais tous ne connaissent pas les finesses du langage, ce qui ne les empêche pas de prononcer des discours ou de se lancer dans des conversations qui les amènent à employer des termes impropres ou des synonymies fâcheuses.

D'où parfois des propos amusants.

Un professeur nous fait visiter son service.

— « Vous avez déjà — nous dit-il modestement — visité des hôpitaux plus (luxurieux), et plus loin, aimable : « Voulez-vous maintenant, messieurs, me permettre de vous offrir un petit (pourboire) ». Nous nous regardons ahuris — Une porte s'ouvre et nous voyons que le pourboire consiste en un buffet dressé à notre intention.

— Une dame élégante et fort distinguée dit à table à un de nos compagnons de voyage :

— « Mon mari est indisposé, il a la chiasse depuis quelques jours, un de ses confrères lui a conseillé d'aller à Baden-Baden pour remettre ses tripes ».

Ne faut-il pas toute la force de la galanterie française pour vous empêcher de rire au nez de votre aimable interlocutrice ?

OUVRAGES REÇUS AU BUREAU DU JOURNAL

— **La céruse, le saturnisme chez les peintres en bâtiment à Paris**, par le docteur Alcide Treille, extrait de la *Revue Médicale*, Paris, 1906.

— **Serpents, venins, antivenins**, par le docteur Martial, extrait des *Archives de Thérapeutique*, mai 1904.

— **Sérothérapie préventive du tétanos**, par le docteur Martial, extrait des *Archives de Thérapeutique*, mars 1904.

— **Discours prononcé à la séance d'ouverture du XIXe Congrès de Chirurgie**, par le docteur Monprofit, Paris, *Scraudeau*, 1906.

— **Le sérum marin**, par le docteur O. Followell, Paris, *Alcan Lévy*, 1906.

— **Effets obtenus par la balnéation carbogazeuse (spécialisation fonctionnelle de Royat) chez les malades hypertendus et les malades insuffisants du cœur**, par les docteurs Landouzy et Heitz, Paris, *Alcan*, 1906.

— **Les automutilateurs**, étude psychopathologique et médico-légale par le docteur Ch. Blondel, Paris, *Rousset*, 1906.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Ch. TUAL.

N° 518. Dixième Année. N° 50 Le Numéro : 10 centimes 16 Décembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD

ABONNEMENT 5 *fr. par an.* Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 *fr. par an.*

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Étiologie de la tuberculose infantile

par le professeur **A. Calmette.**
Directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Sous ce même titre, dans *La Presse Médicale* du 24 novembre 1906, M. J. COMBY appelle très judicieusement l'attention des cliniciens sur l'extrême fréquence de la contagion tuberculeuse de l'enfant dans la famille. Il pense que les cas avérés de tuberculose transmise aux nourrissons par le lait de vache sont rares. Et les expériences par lesquelles vétérinaires et bactériologistes démontrent aujourd'hui l'origine intestinale des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses et de la tuberculose pulmonaire lui paraissent de nature à égarer la prophylaxie sociale antituberculeuse, si l'on doit en faire état pour exagérer encore les mesures de défense contre la transmission à l'homme de la tuberculose du bœuf.

L'importance du sujet est telle qu'il me paraît indispensable de bien préciser quelle doit être l'interprétation des résultats expérimentaux auxquels l'éminent auteur de l'article fait allusion.

Il serait inexact et injuste de laisser croire au public médical que nous prétendons faire table rase des innombrables observations cliniques sur lesquelles s'appuie la doctrine de la contagion humaine, sous le prétexte que nous avons démontré que le bacille tuberculeux pénètre normalement par l'intestin et exceptionnellement par les voies respiratoires.

La vérité est que les preuves expérimentales dont il s'agit, en nous faisant mieux comprendre le mécanisme de l'infection bacillaire, nous permettent d'engager la lutte sociale contre la tuberculose sur un terrain plus scientifique et ne nous portent en aucune

manière à admettre que la tuberculose bovine représente le principal facteur de contamination des jeunes enfants.

Dans mon rapport à la conférence de La Haye sur *les voies de pénétration de l'infection tuberculeuse dans l'organisme* (6 septembre 1906), à propos de la persévérante campagne menée par nos collègues vétérinaires et des mesures législatives de défense édictées par la plupart des grandes nations contre la propagation de la tuberculose bovine, j'écrivais ce qui suit :

« Les gouvernements ont été guidés beaucoup plus par des considérations d'ordre économique que par le souci de préserver l'homme d'une contagion toujours possible, quoiqu'environ trois fois moins fréquente que celle due à l'homme lui-même. Il s'agissait avant tout de sauvegarder la valeur marchande du bétail.

« Et si nous faisions le compte des sommes considérables que chaque pays dépense annuellement pour la prophylaxie de la tuberculose bovine, en plaçant, à côté de ces chiffres, ceux qui représentent l'effort financier réalisé par ces mêmes pays en vue de lutter contre la propagation de la tuberculose humaine, la comparaison qui en ressortirait nous ferait rougir de honte ! Il apparaîtrait, hélas ! que nous avons considéré jusqu'ici la vie des bœufs comme beaucoup plus précieuse que celle des hommes. »

Nous devons malheureusement reconnaître qu'il est beaucoup plus facile d'élaborer des lois protectrices des intérêts matériels de l'agriculture que des lois protectrices de la santé humaine, et il faudra sans doute nous résoudre à n'attendre que de l'éducation populaire l'application bénévole de règles hygiéniques capables de limiter la contagion tuberculeuse d'homme à homme.

On ne saurait nier en tous cas que les nouvelles conceptions sur l'étiologie de la tuberculose nous permettent d'engager la bataille avec des armes autrement efficaces que celles dont nous disposions jusqu'ici.

Connaissant mieux le chemin que suit le bacille pour pénétrer dans l'organisme dans les conditions normales de l'infection naturelle, nous pouvons monter la garde avec plus de vigilance et l'empêcher de passer.

L'enfant se contamine dans la famille par les objets souillés qu'on porte ou qu'il porte lui-même à sa bouche. Les baisers de sa mère ou de sa nourrice tuberculeuse, l'habitude déplorable qu'a celle-ci de goûter les aliments qu'elle lui prépare, les longues promenades à quatre pattes sur le plancher de la chambre, le mouchoir malpropre, le hochet constamment humide de salive, tout favorise l'introduction de germes frais et virulents dans son tube digestif dont la puissance d'absorption est, à cet âge de la vie, beaucoup plus considérable que chez l'adulte !

Fort heureusement, la nature prévoyante a bien fait les choses : elle a pourvu l'enfant d'un système ganglionnaire lymphatique d'une merveilleuse efficacité défensive. Ses ganglions mésentériques, sortes de filtres bacillicides, arrêtent et détruisent le plus grand nombre de ces germes. Seules les infections répétées à courts intervalles parviennent à en triompher. Le filtre fissuré laisse alors circuler quelques bacilles que la lymphe transporte et abandonne au hasard, soit dans d'autres ganglions, soit dans les vaisseaux capillaires des séreuses (méninges, plèvres, articulations, péritoine) ou du tissu osseux, plus rarement dans le poumon, parce que la texture de cet organe est encore trop souple pour les retenir.

Mais quelle que puisse être sa localisation, la première lésion tuberculeuse est toujours vasculaire. Il faut nous résoudre à accepter cette vérité anatomique que Letulle s'efforce victorieusement de répandre. Et, dès lors, nous sommes bien obligés d'admettre que l'agent qui la produit vient de la lymphe ou du sang.

Si l'air qui pénètre dans les alvéoles du poumon était le véhicule habituel des bacilles tuberculeux, comment pourrions-nous comprendre que, chez le jeune enfant, la tuberculose pulmonaire soit si peu commune et la tuberculose laryngée si exceptionnellement rare, alors que ces deux formes devraient être au contraire les plus fréquentes ?

L'étude attentive des faits cliniques, aussi bien que les expériences de laboratoire, nous déterminent donc à envisager l'intestin et les voies lymphatiques qui en dérivent comme la porte d'entrée normale de l'infection tuberculeuse. Et l'adulte se comporte à cet égard comme le jeune enfant ; mais, chez lui, les localisations pulmonaires sont habituelles parce que les ganglions lymphatiques ne suffisent plus à le défendre.

Est-ce à dire que jamais, même dans le jeune âge, les bacilles ne puissent s'introduire dans l'organisme par les voies respiratoires ou par les muqueuses ou par la peau ? non certes, mais lorsqu'ils pénètrent par ces voies, ce ne peut être qu'à la faveur d'une lésion préexistante de ces tissus. Donc, c'est l'exception.

***

Si la tuberculose des nourrissons est incontestablement due dans le plus grand nombre des cas à la contagion familiale, devons-nous envisager le lait provenant des vaches tuberculeuses comme un facteur de contamination négligeable ? Je ne le pense pas.

M. Comby a raison de dire que depuis qu'on fait un très large usage du lait bouilli ou stérilisé, tandis que la mortalité par troubles digestifs a baissé dans une large proportion, les cas de tuberculose ne semblent guère être devenus plus rares.

Mais de ce fait, il ne faudrait pas conclure que la transmission de la tuberculose bovine à l'enfant par le lait est impossible, car ce serait une grave erreur ! On ne peut plus nier aujourd'hui que le bacille bovin — dont les caractères physiologiques et culturaux sont assez nettement différenciés, — soit virulent pour l'homme, puisqu'on l'a isolé des ganglions mésentériques ou trachéo-bronchiques d'un grand nombre de sujets, chez lesquels il existait à l'état pur, particulièrement chez des enfants atteints de tuberculose intestinale dite primitive.

D'autre part, ce bacille bovin est très virulent pour le singe et pour tous les mammifères. Il est donc inadmissible que l'homme fasse exception à cette règle.

Ce qui est vrai, c'est que le bacille humain est peu virulent, quelquefois même avirulent pour le bœuf, et qu'il est moins dangereux que le bacille humain pour toutes les espèces animales sensibles à la tuberculose. Et cette plus grande virulence du bacille d'origine bovine pour le bœuf ou pour les ruminants en général, comme celle du bacille d'origine humaine pour l'homme, résulte d'un simple phénomène d'adaptation du microbe à la vie parasitaire chez une espèce animale déterminée.

Admettons même que le bacille bovin soit plus virulent pour l'homme que le bacille humain, — ce qui paraît douteux — : il n'en résulterait en aucune manière, qu'il soit le principal agent de contamination de l'homme. Le lait, habituel intermédiaire par lequel il peut être introduit dans les voies digestives, ne renferme que très rarement des bacilles en quantité suffisante pour réaliser une infection grave. On doit penser cependant que, dans certains pays comme la Bretagne, où les vaches sont très fréquemment tuberculeuses, il représente un important facteur de contagion

Les médecins de la région de Morlaix, par exemple, m'ont signalé des fermes où tous les enfants sont successivement devenus tuberculeux, alors qu'aucun de leurs parents ne paraissait atteint de cette maladie. Cette constatation a presque la valeur d'une expérience de laboratoire : il est bien vraisemblable qu'en pareil cas la tuberculose était d'origine bovine.

***

Comment se fait-il que, si la tuberculose de l'enfant est le plus souvent d'origine intestinale (ce qui ne veut pas dire d'origine alimentaire) les lésions primitives de l'intestin ne s'observent qu'avec une extrême rareté ?

Nous en voyons la raison dans ce fait, aujourd'hui établi par de nombreuses constations expérimentales, que beaucoup de microbes, et les poussières minérales du même ordre de dimension, traversent avec la plus grande facilité la muqueuse sans y laisser de traces. Ils s'infiltrent entre les cellules épithéliales comme les particules de chyle et cheminent avec celui-ci jusqu'à ce qu'ils deviennent la proie de leucocytes polynucléaires.

Ce phénomène de l'absorption des microbes par la muqueuse saine de l'intestin joue sans aucun doute un très grand rôle dans la plupart des maladies infectieuses de l'enfance, par exemple dans les bronchopneumonies. Il y aurait un grand intérêt à en aborder méthodiquement l'étude. Il faudrait que, dans les services de clinique infantile, on prît l'habitude d'inoculer régulièrement, dans le péritoine du cobaye, les ganglions mésentériques et médiastinaux de tous les enfants qui succombent aux affections des voies respiratoires. On verrait alors que, très souvent, ces enfants qui meurent par le poumon de pneumococcie, de streptococcie ou de grippe, ont des ganglions mésentériques déjà lésés par des bacilles tuberculeux.

J'ai constaté maintes fois avec mes élèves que les poumons des enfants ou des jeunes animaux qui présentent la tuberculose ganglionnaire (décelable seulement par l'inoculation expérimentale) s'anthracosent par voie sanguine avec une extrême facilité, tandis que les poussières de charbon ne vont pas jusqu'aux poumons dans le jeune âge lorsque les ganglions mésentériques sont sains.

Je ne saurais donc trop attirer l'attention des médecins d'enfants sur ces faits qui constituent une mine inépuisable de recherches, probablement fécondes en résultats utiles au point de vue thérapeutique.

***

En attendant que tous ces problèmes soient résolus, nous pouvons, du moins, nous mettre d'accord sur l'orientation qu'il convient de donner à la lutte contre la tuberculose de l'enfant. Sous prétexte que l'infection est rarement d'origine alimentaire, ou plus rarement encore d'origine respiratoire, ne cessons ni de faire bouillir le lait destiné aux nourrissons lorsqu'il provient de vaches suspectes, ni de défendre de notre mieux leurs jeunes poumons contre les poussières.

Mais puisque nous sommes sûrs que les bacilles s'introduisent le plus souvent dans l'organisme par le tube digestif, avec la salive et avec les aliments souillés par les sujets tuberculeux qui les manipulent, éduquons dans ce sens les familles, et apprenons-leur qu'*il est possible d'éviter toute contagion par de simples soins de méticuleuse propreté.*

A propos de la controverse sur l'aphasie et ses lésions anatomiques

Par M. le Professeur **FOLET**

La polémique brillamment menée par M. le Dr Pierre Marie, médecin de Bicêtre, contre la localisation des lésions de l'aphasie dans la troisième circonvolution frontale, a réveillé en moi de vieux souvenirs. Je me rappelais, un peu vaguement, que j'avais observé et même publié, il y a quelque vingt-cinq ou trente ans, un fait tout à fait contradictoire à la localisation de Broca ; et que j'avais ouï parler de faits analogues autour de moi.

J'ai donc effectué des fouilles dans la collection du *Bulletin Médical du Nord*, journal disparu aujourdhui et qui fut pendant de longues années, avant l'*Écho Médical*, l'organe de notre Société Centrale de Médecine du Nord. De ces fouilles j'ai rapporté deux extraits de procès-verbaux de la dite Société, qu'il me paraît curieux de reproduire aujourd'hui malgré leur étendue, car ils sont devenus d'actualité.

I

(Extrait de la Séance du 28 Février 1873).

Aphasie sans lésion du lobe frontal et avec lésion du lobe postérieur. — M. Folet : Je mets sous les yeux de la Société l'encéphale d'un homme qui était depuis bien longtemps connu dans le service de la clinique chirurgicale.

Il y a une vingtaine de mois, cet homme était entré dans le service pour je ne sais quelle affection légère ; il était de plus porteur d'une singulière déformation du poignet droit sur laquelle j'appellerai une autre fois votre attention ; et enfin il présentait ce trouble remarquable de la parole que l'on désigne sous le nom d'*aphasie*. Il ne prononçait plus que les deux mots : *Mais oui*, qu'il appliquait à toute occasion. Il comprenait parfaitement du reste, obéissait aux ordres qu'on lui donnait de s'asseoir, de se coucher, etc. Mais dès qu'il s'agissait d'exprimer sa pensée, il lui était impossible de trouver les mots destinés à la traduire. Il savait très bien cependant s'exprimer par geste faits fort à propos. Lui demandait-on son âge, il levait six fois les doigts des deux mains. — Cela fait soixante ans, lui disait-on. — *Mais oui !* — Vous êtes sur que cela ne fait pas cinquante-huit ? — Il secouait négativement la tête en répétant : *Mais oui!* Cet homme ne savait, je crois, pas écrire ; d'ailleurs la difformité de sa main l'eût empêché de tracer les caractères. On n'a donc pu constater les troubles de l'écriture ordinairement si caractéristiques dans l'aphasie. Il y avait, d'après les renseignements, assez vagues du reste, que l'on put obtenir sur ce malade, un temps déjà très long, une vingtaine d'années peut-être, qu'il présentait ces phénomènes. Il avait en outre une hémiplégie incomplète du côté droit.

Cet homme quitta le service et y rentra à la fin du mois dernier pour un vaste anthrax du dos. Les troubles de la parole s'étaient quelque peu modifiés chez lui, en ce sens qu'il était toujours incapable d'exprimer verbalement sa pensée, mais que son répertoire s'était enrichi de deux ou trois mots. Il disait : *Mais oui* et *mais non*, qu'il appliquait avec assez de justesse.

La paralysie incomplète du côté droit existait toujours.

Je pratiquai dans l'anthrax une vaste incision cruciale. Des accidents de gangrène et de suppuration étendues amenèrent en une douzaine de jours la mort du malade.

J'étais extrêmement curieux d'examiner son cerveau, et je comptais bien, je l'avoue, trouver une lésion quelconque siégeant dans la troisième circonvolution gauche, ou tout au moins dans le lobe frontal. Beaucoup d'anatomo-pathologistes modernes admettent, depuis les intéressants travaux de Broca, que l'aphasie est liée a une lésion siégeant dans le lobe frontal gauche, ou plus exactement encore dans la troisième circonvolution de la face inférieure du lobe frontal dont la moitié postérieure est libre et séparée du lobe temporo-sphénoïdal par la scissure de Sylvius.

Certes, si une localisation cérébrale paraît nettement établie, c'est bien celle-là. Bien des faits positifs ont été produits en sa faveur. A ceux qui ont fait observer l'invraisemblance qu'il y a à localiser une fonction dans un seul côté d'un organe parfaitement symétrique comme le cerveau, on a répondu par des théories ingénieuses et brillantes. Broca professe [1] par exemple, que les deux troisièmes circonvolutions à droite et à gauche sont aptes à produire la parole articulée, comme les deux mains sont susceptibles d'écrire ; mais, de même que presque tous nous ne savons écrire que d'une seule main, de même nous sommes habitués à ne parler que de la circonvolution cérébrale d'un seul côté. Cette conception a de plus l'avantage d'expliquer par la même comparaison ce fait d'aphasiques que l'on a vu peu à peu réapprendre à parler. Ainsi que l'homme, privé par accident de sa main droite, apprend à écrire de la gauche, l'homme à qui une lésion quelconque

1 *Bulletin* de la Société d'anthropologie, 1865.

enlève l'usage de sa troisième circonvolution gauche, peut réapprendre à parler de la droite.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses physiologiques, le fait anatomique est réputé assez solidement établi, et je comptais, je le répète, le vérifier une fois de plus.

Je fut donc étonné de ce que je rencontrai. Tout l'hémisphère cérébral gauche était un peu atrophié dans son ensemble, mais cette atrophie portait très peu sur la moitié antérieure, et était au contraire extrêmement sensible à la partie postérieure où siégeait la lésion que je décrirai plus loin.

Au niveau de tout le lobe frontal, les méninges étaient parfaitement saines : la fameuse circonvolution paraissait à l'extérieur absolument intacte. Je coupai tout ce lobe en tranches fines, et ni dans la circonvolution en question, ni dans aucun autre point, je ne pus découvrir la moindre trace d'une lésion quelconque.

Au contraire, au niveau de la face supérieure et moyenne du lobe postérieur, on voyait une plaque louche et opaque; c'était le feuillet arachnoïdien comme soulevé par de l'œdème. Cette membrane enlevée, on tombait dans une perte de substance cérébrale. La pie-mère était complètement détruite, on n'en trouvait pas trace. La caverne était remplie non par du pus ou du liquide lait de chaux, mais par des espèces de tractus filamenteux blanchâtres très peu solides, infiltrés d'une sérosité purulente. Après avoir enlevé tout cela avec des pinces, on se trouvait, sans avoir rien entamé qui ressemblât à la pulpe encéphalique, dans la cavité même du ventricule gauche, et par la perte de substance, comme à-travers une fenêtre, on apercevait la saillie de la corne d'Ammon.

Quelle est la pathogénie de cette lésion ? Est-elle due à un ramollissement primitif de la substance du cerveau, ou bien à un épanchement sous-arachnoïdien, à un de ces kystes séreux (1) succèdant aux vieilles hémorrhagies méningées qui peu à peu compriment, refoulent, détruisent la pulpe cérébrale, y creusant de profondes pertes de substance en forme d'excavations remplies de sérosité infiltrée dans les tractus celluleux qui se continuent avec le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ? Les deux interprétations peuvent être soutenues; bien que la seconde me paraisse beaucoup plus probable. Ce que je tiens surtout à signaler, c'est l'existence, dans un cas d'aphasie, d'une lésion localisée dans la partie postérieure du cerveau.

Tout l'hémisphère droit du cerveau était totalement et absolument sain.

En résumé, il résulte de cette présentation : que chez un homme atteint d'aphasie bien constatée et fort ancienne, la partie frontale de l'hémisphère cérébral gauche ne présentait d'autre particularité à noter qu'un peu d'atrophie générale très peu marquée et beaucoup moins accusée qu'en arrière. Dans le lobe occipital gauche, au contraire, on voyait, outre une atrophie d'ensemble très marquée, une caverne cérébrale considérable par laquelle on pénétrait dans la corne postérieure du ventricule.

C'est là un fait remarquable par son caractère négatif. Il pose une exception très nette aux faits qui font croire à la localisation de la parole articulée dans la troisième circonvolution gauche.

1 Voy. J. Cotard, *de l'Atrophie partielle du cerveau*, p. 71, 1868.

II

Extrait de la séance du 9 Mai 1879.

Tuberculose pulmonaire. — Embolie de la sylvienne gauche. Mort. — M. Wannebroucq. — Cette petite pièce représente un caillot trouvé dans l'artère sylvienne gauche d'un malade qui a succombé dans mon service dans les circonstances vraiment extraordinaires que je vais vous indiquer.

Ce malade, âgé de quarante-cinq ans, était profondément tuberculeux et voué certainement à une mort prochaine. Mais rien ne faisait pressentir une terminaison immédiate quand il fut pris subitement d'une paralysie du membre inférieur du côté droit. Le lendemain j'observe un état parétique de tout le côté droit du corps, une hémiplégie de la face avec prolapsus de la paupière supérieure. Au bout de trois ou quatre jours toute la moitié droite du corps était à l'état de paralysie flasque.

En même temps aphasie complète, laquelle s'était faite également d'une manière graduelle.

A l'autopsie, que j'ai faite avec M. Kelsch (1), j'ai trouvé une oblitération de la sylvienne gauche, à un centimètre un quart environ de son origine. L'oblitération était complète. Elle était constituée par un caillot blanc jaunâtre, non autochtone et certainement venu de loin : en effet, il se détache facilement des parois qui n'offrent aucune trace d'inflammation. Aucune masse tuberculeuse. C'était une embolie.

Du côté des circonvolutions, pas de lésions notables ; il y avait bien un peu de ramollissement de l'insula et de la troisième frontale, mais toutes les autres circonvolutions étaient absolument saines. En revanche, le noyau lenticulaire gauche était ramolli ainsi que le noyau extraventriculaire et le pied de la couronne rayonnante. La couche optique était saine. En un mot, nous nous trouvons en présence d'une embolie de la sylvienne *sans nécrobïose des circonvolutions* mais *avec des lésions centrales.*

M. Parise. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue, mais les diverses paralysies s'étaient faites beaucoup plus lentement puisqu'elles avaient mis trois mois à se produire ; l'aphasie également s'était faite progressivement.

A l'autopsie je n'observai aucune lésion superficielle appréciable. En y regardant de plus près, je trouvai l'artère carotide gauche oblitérée en avant de l'origine des artères cérébrales. Elle était remplie par un caillot en tube percé à son centre d'un petit trou filiforme.

L'oblitération s'était donc faite graduellement : comme lésion correspondante, je trouvai seulement un ramollissement du noyau gris du corps strié.

M. Arnould. — J'ai eu l'occasion d'observer récemment un malade tuberculeux devenu subitement aphasique. C'est-à-dire qu'il répondait invariablement par le monosyllabe *non* à toutes les questions qu'on lui posait. Le lendemain il avait retrouvé la faculté du langage, mais il était hémiplégique. Il succomba quelques jours après.

A l'autopsie, soigneusement faite par M. Kelsch et par moi, je trouvai un noyau de méningite tuberculeuse qui

(1) M. le Docteur Kelsch était alors professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Lille. Il fut depuis Directeur de l'École de santé militaire de Lyon et est aujourd'hui Médecin-Inspecteur en retraite.

avait envahi la scissure de Sylvius ; la troisième frontale n'était pas touchée. L'aphasique de M. WANNEBROUCQ et le mien démontrent qu'il n'est pas nécessaire que la troisième circonvolution frontale soit malade pour qu'il y ait aphasie ; il suffit que les conducteurs soient interceptés.

M. CASTIAUX. — Tout en reconnaissant que la théorie des localisations cérébrales donne lieu à de brillantes conceptions, il faut admettre qu'on s'expose à de graves méprises en voulant trop préciser. Une malade de la Salpêtrière que j'ai eu l'occasion d'observer était aphasique au premier chef ; l'autopsie fut absolument négative.

M. FOLET. — J'ai observé un cas analogue, il y a de cela six ans (1). A l'autopsie, je trouvai un ramollissement du lobe occipital. Le lobe frontal était parfaitement sain.

Comme je ne suis pas neurologiste, je n'entre pas dans une discussion qui excède ma compétence. Je me borne à verser les documents ci-dessus au dossier de la question à l'ordre du jour.

Tumeur veineuse communicante congénitale

(Angiome frontal péricrânien)

Par le Docteur **Gaudier**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Sauveur.

OBSERVATION. — X..., âgé de vingt-cinq ans, nous est envoyé par le docteur CHEVALIER, de Sains-du-Nord, pour une tumeur médiane de la région frontale, sur laquelle il nous demande notre avis. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, ovalaire, date de la naissance, mais est beaucoup plus volumineuse actuellement qu'au début. En effet, dans les premières années elle ne depassait pas le volume d'une cerise. Elle était réductible totalement, et paraît-il, le doigt sentait très nettement sur la ligne médiane une dépression où pouvait pénétrer la pulpe de l'index. La tumeur se reformait lorsque X... baissait la tête ou à l'occasion d'un effort. Elle n'avait jamais été douloureuse sauf depuis trois semaines, et en somme, à part la déformation, n'avait jamais occasionné la moindre gêne, ce qui fait que le patient ne s'en inquiétait pas et n'avait consulté qu'une fois, il y a quatre ans, notre collègue PHOCAS, qui lui conseilla le port d'un petit bandage approprié, après réduction.

Il y a trois semaines la tumeur ayant augmenté, X... voulut la réduire comme il le faisait d'habitude, en appuyant, mais ne put y arriver. Un de nos confrères, chez qui il se présenta, essaya vainement et porta, paraît-il, le diagnostic de méningocèle frontal. Après ces manipulations la tumeur devient douloureuse et je fus appelé quelque temps après à voir le malade.

De forme ovoïde, d'apparence kystique, très tendue, non fluctuante, élastique, non mamelonnée, paraissant faire corps avec l'os, difficilement mobile latéralement, la masse est indépendante de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Elle n'est pas pulsatile ; l'auscultation n'y décèle aucun bruit. La peau est absolument intacte, pas de changement de coloration, pas de nœvus, pas de dilatations vasculaires au voisinage. La tumeur est *irréductible* et le malade souffre quand on presse. Il n'y a cependant pas de douleur spontanée ni aucun trouble, vertige ou céphalée. Interrogé très minutieusement, le malade est très affirmatif : la tumeur jadis se réduisait complètement et l'on percevait à sa place une sensation de cavité sur la ligne médiane où le bout du doigt s'introduisait. Le diagnostic était difficile et si celui de méningocèle pouvait venir à la pensée, comme je l'écrivis à mon confrère CHEVALIER, je l'écartai pour plusieurs raisons, d'abord son extrême rareté surtout à un âge aussi avancé, la prétendue réduction facile totale, sans troubles généraux, l'absence de battements, la non existence d'un pédicule, etc. Pour toutes ces raisons et étant donné l'interrogatoire du malade, qui démontrait que certainement à un moment donné le liquide contenu dans la tumeur se vidait du côté de la cavité crânienne, je rejetai toutes les tumeurs sous-cutanées : lipomes, angiômes simples, abcès froids, etc. et conclus à une tumeur vasculaire présentant actuellement des phénomènes d'étranglement par coagulation, peut-être, de son contenu et qui s'opposaient à sa réductibilité.

Le malade demandait une intervention qui ne put être faite de suite et remise à dix jours plus tard, le 8 juillet 1906. Pendant ce laps de temps le malade fit sur le front des applications de glace, mit des pansements humides, les douleurs cessèrent assez rapidement et lorsque je le vis le 8 dans la matinée, la masse avait diminué de volume et de forme ; elle était plus aplatie mais toujours irréductible. Il existait une légère teinte ecchymotique au point où l'on avait exercé le taxis.

Opération — Avec l'aide du docteur CHEVALIER, de Sains-du-Nord, et de son frère, médecin à Hautmont, anesthésie chloroformique. Précautions antiseptiques d'usage ; rasage des cheveux. Le bord supérieur de la tumeur étant à un travers de doigt au-dessous de la racine des cheveux, l'incision curviligne à convexité supérieure passe dans les cheveux pour la plus grande partie de son trajet et pour dissimuler le plus possible ultérieurement la cicatrice. Cette incision va jusqu'à l'os et fournit, en décollant, un vaste lambeau qui permettra d'aborder facilement la tumeur. Cela saigne beaucoup et malgré la compression, de nombreuses pinces sur la peau sont nécessaires. La tumeur est sous-périostée ; le périoste décollé lui forme une enveloppe épaissie et il existe peu de communication entre la masse et les tissus voisins. Dans le sac formé par le périoste décollé il y a des caillots et une masse assez résistante, rouge sombre, saignant assez facilement et adhérant à l'os. Cette masse, du volume d'une figue moyenne et aplatie comme elle, tient à l'os par trois pédicules vasculaires perforants et que nous essayons de lier : deux supérieurs se lient assez difficilement au fil de soie mince, car la ligature coupe et l'hémorrhagie est assez difficile à arrêter,

(1) C'est l'observation que l'on a lue plus haut.

mais le troisième pédicule est un véritable petit sinus, gros comme une grosse veine, il se déchire pendant que l'on serre le fil et il en résulte un saignement très abondant que ne peut arrêter le tamponnement. Nous sommes forcés alors d'agrandir le trou osseux dans lequel passe ce vaisseau. La brèche osseuse agrandie nous montre que le vaisseau se jette directement dans le sinus longitudinal supérieur. Nous pouvons alors placer une ligature tout contre le sinus et qui assure l'hémostase. Suture du périoste ramené au devant de l'os dénudé ; drainage capillaire au crin de Florence ; suture de la peau ; pansements compressifs. Tout s'est passé le plus simplement du monde, les suites ont été normales ; les fils enlevés au neuvième jour, la plaie étant réunie par première intention. La cicatrice est à peine visible ; à la palpation on sent à peine qu'il existe une dépression osseuse.

On voit à n'en pas douter qu'il s'agissait bien nettement dans cette observation, d'une variété de ces tumeurs veineuses communicantes congénitales, bien décrites, en 1886, par le Professeur Lannelongue (1), plus particulièrement, d'un angiome congénital communiquant avec le sinus longitudinal supérieur.

L'examen de la pièce, pratiqué par le Dr Debeire, mon chef de clinique, démontra que l'on se trouvait en présence d'un angiome veineux, mais très déformé par des hémorrhagies interstitielles, les unes récentes, les autres plus anciennes, tenant probablement aux manipulations répétées dont le nombre avait été en augmentant quelque temps avant l'opération. Le périoste qui enveloppait la masse était très épaissi.

Au Congrès de Chirurgie, M. Lannelongue citait douze observations d'angiomes du crâne communicants. Voici ce qu'il disait en parlant de ces faits :

« Dans tous il est à noter deux points essentiels : » 1° l'existence d'un angiome extra-crânien, cutané » ou sous-cutané, constitué tantôt par une dilatation » flexueuse des veines, tantôt par un état caverneux » ou aérolaire ; 2° il part de cet angiome épicrânien » des veines en général multiples, dilatées qui se » rendent dans le sinus longitudinal, en traversant » les os du crâne où, comme cela a lieu dans nos » observations, la membrane qui réunit les bords des » pariétaux : ce sont de véritables canaux perforants. » Le sinus longitudinal peut avoir subi lui-même une » dilatation ampullaire. Il ne saurait, à mon sens, y » avoir de doute sur l'interprétation à donner à ces » faits. L'affection a été dans le principe, un angiome » épicrânien et son évolution a été suivie, comme de » coutume, de la dilatation des veines efférentes qui, » dans l'espèce, sont les veines mettant en relation » les deux circulations extra et intra-crâniennes. » Remontant à la période embryonnaire ou fœtale, » c'est-à-dire à une époque où l'ossification du crâne » est en formation, siégeant à proximité des sutures » des fontanelles, aucune résistance osseuse ne saurait s'opposer à la dilatation graduelle des veines » émissaires. Il y a plus, et l'on peut émettre cette » opinion que le trouble circulatoire primitif rend le » travail d'ossification imparfait et inégal dans la » région atteinte. »

Chipault, dans l'article qu'il consacre à ces tumeurs veineuses (1), en étudie bien la structure et la symptomatologie.

Dans l'angiome communicant, la poche est aérolaire, cloisonnée en différents sens par des éléments fibreux ou vasculaires ; quelquefois même il n'y a pas de poche et il s'agit d'un paquet de veines ou de veinules plus ou moins variqueuses.

La structure du péricrâne est profondément modifiée et la masse peut être parfois recouverte d'une simple couche dermo-épidermique et même très altérée ; quant à l'os sous-jacent, il présente d'ordinaire plusieurs orifices parfois si ténus qu'on a pu, dans un cas, ne pas le constater directement d'une manière bien évidente. La tumeur communique avec la circulation veineuse intra-crânienne, soit par la cavité sinusale, soit par l'intermédiaire des veines méningées qui, partant du sinus, s'accolent à l'os et présentent au niveau des orifices de ce dernier des solutions de continuité de sa paroi adhérente, soit par l'intermédiaire des veines émissaires de Santorini, ou des veines du diploé.

Le siège le plus habituel de ces tumeurs, toujours superposables à un sinus superficiel intra-crânien, est le plus souvent l'occiput. Le siège au niveau de l'os frontal est donc rare et constitue une exception.

Le volume est irrégulier mais habituellement ne dépasse pas, d'après les observations connues, celui d'une noix. Il est d'ailleurs sujet à des variations plus considérables dans l'expiration forcée, diminuant au contraire dans les inspirations profondes. Ce volume peut aussi être influencé par la position de la tête et l'on a signalé la disparition presque absolue de la

(1) Lannelongue. Tumeurs sanguines du crâne communiquant avec le sinus longitudinal supérieur. *Congrès français de chirurgie*, Paris 1886, page 411.
Idem, *Clinique chirurgicale*, p. 486.

(1) Chipault. In Traité de chirurgie, clinique et opératoire. T. IV, p. 728.

tumeur dans la flexion en avant ou en arrière, suivant son siège occipital ou frontal. Lorsque la réduction est obtenue on peut empêcher la tumeur de se reproduire en appuyant sur l'os sous-jacent qui est très souvent irrégulier. Dans aucun cas n'a été signalée cette dépression osseuse qu'accusait, dans notre observation, le malade après réduction de l'angiome et qui, certainement, dans ce cas, n'était qu'une sensation fausse, due probablement à ce que le périoste épaissi où les tissus de l'angiome délimitaient une sorte de godet que le doigt, pensant plus profond, attribuait à une perforation osseuse.

En général, il n'existe point de battements et à l'auscultation on entend parfois un léger thrill.

L'aspect des téguments superficiels est important, car dans la majorité des cas il existe des varicosités à distance, absolument caractéristiques de l'angiome. Dans ce cas le diagnostic devient facile ; notre malade ne présentait rien de semblable et cette absence d'angiome cutané n'était pas faite pour faciliter le diagnostic. A la palpation, et suivant le degré de tension de la masse, on percevra soit une tumeur tendue rénitente, soit une masse plus molle, presque fongueuse. En règle générale ces tumeurs ne donnent lieu à aucun trouble de la santé. On n'a pas signalé de dégénérescence maligne.

Traitement. — Des injections irritantes et coagulantes anciennement employées sont, dans un cas de ce genre, absolument inefficaces et dangereuses. Plusieurs fois la tumeur a été incisée, on a eu des hémorrhagies qui, le plus souvent, ont été facilement arrêtées et ne se sont pas reproduites, mais la guérison n'a pu être obtenue. Dans une observation remarquable de PELLETAN il y eut des hémorrhagies répétées et finalement le malade mourut d'une méningite suppurée avec phlébite très probable du sinus. L'enfant dont FLINT rapporte le fait, périt aussi d'hémorrhagie à la suite de l'incision dé la tumeur.

La thérapeutique à suivre est bien certainement celle indiquée par le Professeur LANNELONGUE :

« L'abstention, dit-il, ne paraît être la règle à suivre » pour les tumeurs de petit volume, stationnaires ou » très peu progressives, qui ne déterminent ni gêne » ni accidents. Mais si l'accroissement de l'angiome » est continu et assez rapide, s'il menace de se rompre » par amincissement ou inflammation des téguments, » l'extirpation devient la méthode de choix..... Un » des points les plus importants de la technique » opératoire consiste dans un temps essentiel en la » ligature en bloc du pédicule et dans la ligature » isolée des veines émissaires ; faute de cette précau» tion il peut exister des hémorrhagies fort sérieuses. »

On a vu, dans notre observation, combien avait été longue la ligature des vaisseaux, constituant en somme la seule difficulté d'une intervention peu considérable.

Du mode de terminaison des artères cérébrales

par le Docteur **Jules Looten**,
prosecteur d'anatomie, interne des hôpitaux

Pendant notre séjour au laboratoire d'anatomie de la Faculté de Médecine de Lille, nous avons entrepris, sur l'instigation de notre maître, M. le professeur DEBIERRE, quelques recherches sur le mode de terminaison des artères cérébrales.

I.

Nous n'avons pas l'intention de faire l'historique complet de la circulation artérielle du cerveau. Ce travail a d'ailleurs déjà été fait, d'une façon très complète et précise, par LUCAS dans sa thèse soutenue en 1879 devant la Faculté de Médecine de Paris. Nous retiendrons seulement parmi les nombreux travaux qui ont été publiés sur la circulation artérielle du cerveau ceux qui ont trait spécialement au sujet qui nous occupe : le mode de terminaison des artères cérébrales.

RUYSCH a dessiné, à la surface de la pie-mère, des mailles capillaires fantastiques.

HALLER, s'il n'a pas vu le réseau de la pie-mère, a très bien décrit les anastomoses entre les branches de deuxième ordre des artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure.

VICQ D'AZYR a fait dessiner une figure, remarquable par sa finesse et son exactitude, des ramifications artérielles à la surface de tout le cerveau et de leurs anastomoses.

BURDACH, TODD et BOWMANN, HENLE affirment que c'est seulement après avoir formé entre elles des anastomoses excessivement nombreuses que les artérioles de la pie-mère entrent dans la substance cérébrale.

BICHAT, parlant des rapports périphériques des diverses artères cérébrales entre elles, dit à ce propos : « Les branches de la sylvienne se ramifient en formant beaucoup de flexuosités sur les lobes correspon-

dants et arrivent enfin sur la surface convexe de l'organe où elles s'anastomosent avec l'artère cérébrale postérieure et l'artère calleuse. »

Dix ans plus tard, LONGET, FREY et CRUVEILHIER donnent de la pie-mère la définition suivante : « La pie-mère est une membrane ou plutôt un réseau vasculaire extrêmement délié, où se divisent, pour ainsi dire à l'infini, lés vaisseaux artériels avant de pénétrer la substance cérébrale. »

SAPPEY, dans son Traité d'anatomie descriptive, admet à la fois les anastomoses entre les troncs principaux et le réseau pie-mérien.

Tel était l'état de la question avant l'année 1873. A cette époque, un élève de CHARCOT, M. DURET, reprit complètement l'étude de la circulation de l'encéphale. Il publia plusieurs notes successives qu'il réunit l'année suivante en un mémoire important dans les Archives de Physiologie. Pour cet auteur, le réseau anastomotique pie-mérien, admis jusque là par tous les anatomistes, n'existe pas. Est-ce à dire qu'il n'y ait pas du tout d'anastomoses entre les artères de la pie-mère ? « Ce serait tomber dans l'excès contraire, dit M. DURET, que d'admettre une absence complète de rameaux anastomotiques entre les artères du cerveau.

Il y a des faits positifs qui démontrent : 1° qu'il existe des anastomoses entre les artères cérébrale antérieure, cérébrale moyenne et cérébrale postérieure d'un même côté ; 2° que ces anastomoses se font surtout à la périphérie, sur les confins de leurs territoires de distribution respectifs ; 3° que les deux cérébrales postérieures ont quelques communications entre elles sur la ligne médiane, tandis que les sylviennes et les cérébrales antérieures des deux côtés n'ont de rapports entre elles que par la communicante antérieure ; 4° nous ajouterons que ces anastomoses ne doivent pas être très importantes, car la pénétration se fait assez lentement dans la majorité des cas. »

Vers la même époque, un anatomiste allemand, HEUBNER, publiait une intéressante monographie : *die luetische Erkrankung der Hirnarterein* (les altérations syphilitiques des artères cérébrales), dans laquelle il consacre un chapitre spécial à la circulation normale des artères cérébrales, Une première série d'expériences nous montre que dans la pie-mère existent de larges communications, qui permettent à une injection poussée par la sylvienne par exemple de remplir les artères les plus diverses.

Dans une seconde série d'injections, l'auteur cherche à se rendre compte de la largeur des anastomoses et il voit que les artères anastomotiques ont environ un millimètre de diamètre.

Ces expériences, dit-il, prouvent que le cercle de Willis n'est pas, en partant du cœur, la dernière voie qui puisse, par ses collatérales, porter secours aux territoires artériels ischémiés. Les vaisseaux qui naissent du polygone de Willis se divisent tout d'abord dans l'espace sous-arachnoïdien, puis dans la pie-mère, multipliant continuellement leurs branches, dont lès dernières atteignent un diamètre d'environ un millimètre. C'est ainsi que l'arbre vasculaire d'une artère communique par ses rameaux les plus divers avec l'arbre vasculaire des artères voisines et que se constitue dans la pie-mère un immense réseau, dont toutes les mailles peuvent être injectées par l'une quelconque des cérébrales ; le sang peut également refluer de ce réseau dans les grosses artères, quand il se produit un obstacle ou un changement de pression.

Des arborisations plus petites se détachent maintenant de ce réseau, arborisations qui restent toujours dans la pie-mère et cheminent parallèlement à la surface cérébrale ; enfin de ces dernières se séparent les vaisseaux capillaires, qui s'enfoncent perpendiculairement dans la substance cérébrale.

Cependant ce mémoire, peu connu en France, n'empêcha pas que l'on admit sans conteste les idées de M. DURET ; et même, comme il arrive souvent en pareil cas, les pathologistes, trouvant là une explication très facile du ramollissement cérébral par oblitération artérielle, exagérèrent ses conclusions.

Bientôt après, au mois de mars 1876, à la Société de Biologie, CADIAT vint faire aux idées de M. DURET diverses objections. Il eut même avec ce dernier une discussion que le manque de place nous empêche de reproduire et que l'on trouvera in extenso dans les Mémoires de la Société de Biologie, 1876. D'après cette discussion, nous voyons, qu'en somme, pour CADIAT, les anastomoses sont très notables, et que pour M. DURET, elles sont peu importantes. Mais à côté de ces communications entre artères, CADIAT soulève un nouveau problème : existe-t-il des anastomoses directes entre les artères et les veines ? Nous répondrons à cette question dans le chapitre suivant.

En 1879, LUCAS, dont nous avons déjà cité la thèse, reprend les expériences des auteurs précédents et,

trouvant téméraire de sa part de venir s'ériger en juge entre MM. Cadiat et Duret, conclut très simplement : « Je dirai donc seulement que toutes les fois que l'injection a été suffisamment pénétrante et réussie, j'ai trouvé dans la pie-mère des anastomoses notables, importantes. J'y ai vu s'aboucher des artérioles de plus d'un quart de millimètre. » A ce travail sont annexés les dessins de deux préparations très concluantes.

En 1890, un élève de M. Charpy, Biscons, a entrepris quelques recherches sur la non-terminalité des artères cérébrales, qu'il a d'abord publiées dans l'*Echo Médical de Toulouse* et qu'il a ensuite réunies dans sa thèse inaugurale. Les résultats qu'il a obtenus, nous les avons en grande partie contrôlés et, au cours de notre travail, nous n'oublierons pas de rendre à cet auteur la part légitime qui lui revient.

Quant aux traités classiques, les uns ont adopté l'une des deux opinions, les autres plus osés ont essayé de les concilier.

M. Charpy admet des anastomoses volumineuses, sous-arachnoïdiennes, entre les gros troncs artériels, mais il les croit inconstantes, peut-être même exceptionnelles. Pour cet auteur, les anastomoses constantes et générales sont surtout celles du réseau pie-mérien.

M. Testut, après avoir exposé les deux opinions contradictoires émises par M. Duret et par Heubner, les trouve toutes deux également exagérées. S'en rapportant à ses propres recherches, il semble admettre que les gros troncs s'anastomosent les uns avec les autres aux confins de leurs territoires, mais il nie absolument l'existence d'un réseau pie-mérien.

Enfin M. Van Gehuchten, dans la quatrième édition de son Anatomie du système nerveux de l'homme, 1906, s'exprime ainsi : « Il paraît donc établi que les ramifications des trois artères cérébrales s'anastomosent entre elles et forment un réseau dans la pie-mère. De ce réseau périphérique partent maintenant des branches collatérales qui pénètrent directement dans la substance cérébrale et qui constituent les véritables artères nourricières du cerveau terminal. »

ALCOOLIA

— D'après Dana de (New-York), on peut, semble-t-il, dire que l'ivrognerie commence d'ordinaire avant 20 ans, et que si un homme n'a pas fait d'excès de boisson avant l'âge de 25 ans, il n'en fera pas par la suite. Il y a si peu de sujets qui commencent à boire avec excès entre 30 et 40 ans, que quiconque a atteint 30 ans sans faire abus d'alcool a toute chance de rester sobre le reste de ses jours. Dana établi que jamais l'ivrognerie ne débute passé 40 ans.

Quelle est la cause de cette précocité de l'ivrognerie ? On ne sait pas encore ; mais Dana semble porté à croire que c'est surtout affaire d'habitude et de milieu, bien qu'il admette cependant un fonds névropathique.

L'alcoolisme chez les écoliers

Une enquête qui a porté sur les élèves de l'école municipale de commerce, de Munich, a donné les résultats suivants : 15 p. 100 des élèves étaient abstinents ; 29,4 p. 100 faisaient usage des boissons alcooliques d'une façon irrégulière ; 55,3 p. 100 absorbaient des boissons alcooliques une et même deux fois par jour. Les notes moyennes obtenues par les élèves étaient d'autant moins bonnes que ceux-ci consommaient davantage d'alcool. Ces résultats concordent avec ceux recueillis au cours des enquêtes qui ont porté sur les élèves des écoles populaires (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XIII, fasc. 5).

Variétés & Anecdotes

Honoraires énormes demandés par un médecin

Le docteur Frank Billings, qui soigna Marshall Field, le milliardaire, dans sa dernière maladie, demande aujourd'hui à la succession 25.000 dollars (125.000 francs) pour ses services. Comme il ne soigna M. Field que sept jours sans opération chirurgicale spéciale, c'est la note la plus élevée qu'on ait jamais vu présenter aux États-Unis. On pense généralement que les héritiers protesteront et demanderont que cette note extraordinaire soit réduite. E M.

BIBLIOGRAPHIE

Effets obtenus par la Balnéation carbo-gazeuse (spécialisation fonctionnelle de Royat), chez les malades hypertendus et les insuffisants du cœur, par L. Landouzy, Professeur de la Clinique Laënnec à la Faculté de Médecine de Paris, et Jean Heitz, ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant à Royat.

Le but de cette étude purement basée sur des constatations cliniques, a été d'appeler l'attention des praticiens sur les résultats qu'on peut attendre de l'emploi des bains carbo-gazeux de Royat, chez les malades atteints de troubles cardio vasculaires et particulièrement chez les malades hypertendus et chez les cardiopathes dont la capacité fonctionnelle se trouve anormalement diminuée.

Les auteurs insistent sur ce fait que cette thérapeutique, dans leur pensée, doit s'adresser non pas *aux affections du cœur*, mais *aux cardiopathes*, à des cardiopathes particuliers, à des malades du cœur et des vaisseaux se présentant dans certaines conditions cliniques. C'est la recherche de ces conditions que MM. Landouzy et Heitz poursuivent en se basant sur leurs observations personnelles. Ils donnent en outre des renseignements succincts sur l'action de ces bains carbo-gazeux sur l'organisme en général et sur le fonctionnement de l'appareil circulatoire.

NOUVELLES & INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE

Bourses de doctorat. — L'article 5 de l'arrêté du 15 février 1900 est modifié ainsi qu'il suit :

« Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de soixante-quinze points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et quatre-vingts points au moins audit certificat. »

— La 5me session du **Congrès périodique de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie** s'ouvrira à Alger le 1er Avril 1907, sous la présidence de M. le professeur QUEIREL, de Marseille, président général (section d'obstétrique); de M. le professeur BOURSIER, de Bordeaux (section de gynécologie) ; de M. le docteur GUINON, de Paris (section de Pédiatrie).

Le Prix de la cotisation est pour les membres titulaires, de 20 francs ; pour les membres associés, de 10 francs. envoyer les adhésions et communications à : M. le professeur J. ROUVIER, secrétaire général, 52, rue Daguerre, Alger.

Voici la liste des rapports : **Obstetrique.** — *Cancer et Grossesse* : Rapporteur M. OUI, de Lille. — **Gynécologie** : *Prolapsus génitaux* : Rapporteur M. DELANGLADE, de Marseille. — **Pédiatrie** (MÉDECINE). — *Le Paludisme chez l'enfant* : Rapporteur M. CRESPIN, d'Alger. — *Les splénomégalies chez l'enfant* : Rapporteur M. RIST, de Paris. — *Les anémies infantiles* : Rapporteur M. L.-G. SIMON, de Paris. — **Pédiatrie** (CHIRURGIE) : *Les Tumeurs du rein chez l'enfant* : Rapporteur M. MOUCHET, de Paris. — *Les Péritonites aiguës de l'enfant (non compris l'appendicite et la tuberculose)* : Rapporteur M. NOVÉ JOSSERAND, de Lyon.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Dans la séance du 8 décembre, le Conseil de l'Université a fixé du dimanche 30 décembre au dimanche soir 6 Janvier les **congés du nouvel an** dans les Facultés.

— Le 3 Décembre 1906 ont eu lieu, sous la présidence de M. COMBEMALE, administrateur des hospices, devant un jury composé de : MM. GÉRARD, VALLÉE, professeurs à la Faculté, THIBAUT, LECLAIR, pharmaciens des hospices, ROLANTS, docteur en pharmacie, les épreuves du **Concours pour quatre places d'internes titulaires en pharmacie** et deux places d'internes provisoires.

Le sujet de la question écrite était : *des extraits ; alcaloïdes, réactifs généraux, caractères généraux* ; restaient dans l'urne : *Oxygène ; eau oxygénée ; extraits ; chloroforme. Stérilisation pharmaceutique ; urine pathologique. Magnésium, composés utilisés en pharmacie, réactions caractéristiques, dosages.*

A l'épreuve orale, les candidats ont eu à traiter : *Préparation et essai de l'eau oxygénée ; essai du sous-nitrate de bismuth.* Restait dans l'urne : *Essai des vinaigres et des bières ; Stérilisation pharmaceutique ; lait.*

Pour l'épreuve pratique, les candidats ont eu à confectionner des *suppositoires à l'ichthyol et à l'iodure de potassium*, des *pilules d'iodure de fer*, une *pommade au chloroforme*, un *looch blanc*, des *ampoules de cacodylate de soude*, un *emplâtre de diachylon avec Vigo et extriat de belladone.*

A la reconnaissance ont été présentées les substances : *racines de chicorée, jaborandi, racines de gentiane, rhubarbe, patience, polygala, fleurs d'arnica, gomme adragante, feuilles de sauge, douce amère, pensées sauvages, buchu, chloroforme, extrait d'opium, extrait sec de ratanhia, sirop simple, glycérine, sulfate de magnésie, poudre d'ipéca, alcoolat de mélisse.*

A la suite des épreuves ont été présentés comme internes titulaires : MM. DORCHY, DESPREZ, BAZÉLIS, et DUPREZ, comme interne provisoire : M. THÉVEN.

— Le Dimanche 25 Novembre dernier a eu lieu à Lille, dans les salons du Grand-Hôtel, l'Assemblée générale annuelle de l'**Association de Prévoyance et de Secours mutuels des Médecins du département du Nord.** La réunion, présidée par M. le docteur OLIVIER, était fort nombreuse. Elle a été marquée tout d'abord par l'admission de 80 membres nouveaux. Il semble légitime de penser que le corps médical du Nord se rend enfin compte de l'intérêt qu'il y a pour tous à adhérer à cette œuvre de solidarité et de prévoyance fondée dans notre département il y aura bientôt 50 ans et qui a soulagé depuis cette époque tant d'infortunes médicales.

Le programme comportait, outre le vote habituel des secours et les allocutions du Président et du Secrétaire général, un rapport du docteur NOQUET sur « l'*état actuel de la question des médecins de frontière.* » et un autre du docteur SURMONT sur « l'*envoi de malades indigents français dans des cliniques belges aux frais des municipalités françaises.* »

Il a été procédé ensuite aux élections quinquennales. Celles ci prennent cette année une importance particulière. D'une part, le Dr OLIVIER, à cause de son grand âge, s'est décidé, malgré les instances des membres du bureau et de tous les Sociétaires, à ne plus accepter les fonctions de Président de l'Association ; il a été acclamé Président honoraire : d'autre part le nombre des délégués de l'Association dans les divers arrondissements a été sensiblement augmenté cette année, de façon à ce qu'il y ait un membre de la commission administrative dans chaque canton partout où cela est possible.

Après l'Assemblée le banquet a réuni en des agapes confraternelles une quarantaine de Collègues des divers arrondissements. Après des toasts de MM. NOQUET, OLIVIER et DELEMER, avocat conseil de l'Association, on s'est séparé en se donnant rendez-vous à Douai pour l'année prochaine.

H. S.

— Dans la séance publique annuelle de l'**Académie de médecine** du 11 Décembre 1906, le président a proclamé, entre autres récompenses, les suivantes qui ont été décernées à des confrères de la région du Nord :

MM. le professeur CALMETTE ET GUÉRIN obtiennent sur le **prix F. J. Audiffred** une somme de 1.500 francs à titre d'encouragement pour leurs travaux sur l'*origine intestinale de la tuberculose* ; M. le docteur MONTEUUIS, de Dunkerque, obtient une mention honorable sur le **prix Desportes**, pour ses divers travaux ; M. le docteur AUSSET, une partie du **prix du baron Larrey**, pour son travail : « *La mortalité infantile dans le département du Nord 1897-1904* ; M. le docteur JOB, médecin-major au 1er escadron du train des équipages à Lille, pour son travail : *la Diphtérie dans les collectivités, son étiologie, sa prophylaxie*, une partie du **prix Stansky** ; M. le docteur MANTEL, de Saint-Omer, une mention honorable sur le **prix Vernois**, pour ses travaux *sur les accidents déterminés chez l'homme par certaines espèces d'hirudinées.*

Dans le service des épidémies, une médaille de vermeil est attribuée à M. le docteur LESTOCQUOY, d'Arras, un rappel de médaille de bronze à MM. les docteurs DECOUVELAERE, d'Hazebrouck, MOULONGUET, d'Amiens.

Dans le service de la vaccine, une médaille d'or est décernée à M. GUÉRIN, vétérinaire, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille, un rappel de médaille de vermeil à M. le docteur FREMICOURT, de Jaulgonne (Aisne), un

rappel de médaille d'argent à M. le docteur SANDRAS, médecin major à Montreuil-sur-Mer.

Dans le service de l'hygiène de l'enfance, une médaille de vermeil est décernée à M. le docteur ALEXANDRE, d'Arques (Somme), une médaille d'argent à M. le docteur MANTEL, de Saint-Omer, un rappel de médaille d'argent à M. le docteur FREMICOURT, de Jaulgonne (Aisne), une médaille de bronze à M. le docteur FLOUR, de Bray-sur-Somme.

Soutenance de thèse

M. E.-L.-M. BOTCAZO, de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine), a soutenu avec succès, le 17 décembre 1906, sa thèse de doctorat (nº 6) intitulée : *De la fréquence des phénomènes méningitiques au cours de la pneumonie du sommet.*

UNIVERSITÉS DE PROVINCE

Faculté de Lyon. — M. le docteur P. COURMONT, agrégé, est nommé chef des travaux de médecine expérimentale et comparée, en remplacement de M. le docteur NICOLAS, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de Toulouse. — M. le docteur BAUBY, agrégé, est chargé d'un cours de médecine opératoire pendant la durée du congé accordé à M. LABÉDA.

Ecole préparatoire d'Amiens. — M. le docteur HAUTEFEUILLE est institué chef des travaux de physiologie.

Ecole préparatoire d'Angers. — M. DIVAI, pharmacien, est institué suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

Ecole préparatoire de Limoges. — M. CORVISY, agrégé des sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

Ecole de plein exercice de Marseille. — M. CAMO est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs BREUILS, de Marseille ; LABADIE DE LALANDE, de Beaurech (Gironde).

Statistique mensuelle du bureau d'hygiène de Lille

DU 10 NOVEMBRE AU 8 DÉCEMBRE 1906

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois	27	24
3 mois à un an	14	15
1 an à 2 ans	9	3
2 à 5 ans	4	7
5 à 20 ans	8	11
20 à 60 ans	56	50
60 ans et au-dessus	44	51
Total	162	161

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

Répartition des décès par quartier	Fièvre typhoïde	Érysipèle	Scarlatine	Rougeole	Infection puerpérale	Tuberculose pulmonaire	Coqueluche	Grippe	Bronchite et pneumonie	Méningite tuberculeuse	Autres tuberculoses	Cancer	Apoplexie cérébrale	Bronchite	Maladies organiques du cœur	Diarrhée et entérite : moins de 1 an	Diarrhée et entérite : de 1 à 2 ans	Diarrhée et entérite : plus de 2 ans	Accident	Suicide	Homicide	Autres causes de décès	TOTAL des DÉCÈS	NAISSANCES par Quartier
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	2	2	»	»	»	»	»	9	16	29
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	»	»	»	»	»	4	»	»	1	»	1	2	3	2	3	4	»	»	1	»	»	13	34	38
Moulins, 24,947 hab.	1	»	»	2	»	5	1	1	3	»	3	3	4	1	3	6	1	»	1	»	»	13	48	57
Wazemmes, 36,782 hab.	»	»	»	»	»	9	1	3	5	»	»	»	4	4	2	7	»	»	»	»	»	12	47	88
Vauban, 20,381 hab.	»	»	»	»	»	5	»	»	3	»	»	1	1	2	1	»	»	»	1	»	»	6	20	35
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	»	»	»	»	»	7	»	»	2	»	1	3	8	4	»	7	»	»	1	»	»	15	48	28
Esquermes 11,381 hab.	»	»	»	1	»	4	»	»	3	»	»	»	2	1	»	2	»	»	»	»	»	6	19	26
Saint-Maurice, 11,212 hab.	»	»	»	»	»	3	»	»	»	1	»	2	3	3	1	»	»	»	»	»	»	7	20	22
Fives, 24,191 hab.	»	»	»	»	»	7	»	»	9	1	»	2	3	1	3	3	»	»	»	»	»	6	35	53
Canteleu, 2,836 hab.	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	4	9	10
Sud, 5,908 hab.	2	»	»	1	»	»	»	»	4	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	7	16	27
Total	3	»	»	5	»	46	2	3	30	3	5	16	30	18	15	31	1	»	4	1	»	81	312	393

N° 519. Dixième Année. N° 51. Le Numéro : 10 centimes 23 Décembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL
DU NORD
Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

Du mode de terminaison des artères cérébrales

par le Docteur **Jules Looten,**
prosecteur d'anatomie, interne des hôpitaux (1).
(suite)

II

Nous exposerons en premier lieu la technique que nous avons employée. Pour éviter les déchirures de la pie-mère et les fuites qui en sont la conséquence directe, nous enlevions autant que possible le cerveau avec la dure-mère. Nous nous sommes servi de différentes masses à injection; la suspension de cire à cacheter dans l'alcool ne nous a pas donné d'aussi excellents résultats qu'entre les mains de LUCAS et de BISCONS. Au contraire, nous nous sommes très bien trouvé d'une solution très liquide de collodion, tenant en suspension, soit du noir de fumée, soit du vermillon.

Nos expériences ont porté sur vingt-six cerveaux Dans une première série de recherches, nous avons essayé de délimiter les trois grands territoires que se partagent à la surface de l'encéphale les trois artères, cérébrale antérieure, cérébrale moyenne et cérébrale postérieure. Entre ces grands territoires, la limite anatomique n'est pas aussi précise, aussi tranchée et aussi fixe qu'on a bien voulu le dire. Entre deux territoires voisins, il y a des zones communes aux deux domaines vasculaires et la situation de cette zone commune peut varier d'une circonvolution ou plus. C'est ainsi que chez un sujet nous avons vu la cérébrale moyenne fournir aux trois circonvolutions temporales, tandis que chez un autre la première circonvolution temporale seule était irriguée par elle, la cérébrale postérieure se distribuait à la deuxième et à la troisième circonvolution temporales.

Ce seul exemple, que nous pourrions faire suivre

(1) Voir le numéro 50 de *L'Écho Médical*, du 16 Décembre 1906.

de beaucoup d'autres, nous explique pourquoi les diverses répartitions topographiques, indiquées par M. DURET, HEUBNER chez l'homme, STADERINI chez les animaux domestiques (*Revue de Hayem*, 1889), ne concordent pas exactement entre elles.

Dans un second ordre de recherches, nous avons voulu voir si réellement il existait des anastomoses entre les trois grands territoires artériels d'un même hémisphère. Dans le tableau qui va suivre, nous allons donner le résultat de nos expériences, que nous nous sommes efforcé de varier dans la mesure du possible.

Cerveau n° 1. — 44 ans, ♂.

Ligature de la communicante antérieure et de la communicante postérieure.

Injection, par le tronc de la sylvienne, de collodion coloré en rouge par le vermillon.

On constate que l'injection ne s'arrête pas aux limites du territoire de cette artère, mais que les territoires voisins de la cérébrale antérieure et de la cérébrale postérieure sont envahis.

Cerveau n° 2. — 22 ans, ♀.

Ligature des deux communicantes postérieures.

La masse à injection dont nous nous sommes servi ici n'était peut-être pas très pénétrante, mais elle avait le grand avantage de ne pas se solidifier instantanément.

Injection rouge par le tronc basilaire.

Les deux hémisphères cérébelleux sont naturellement injectés, ainsi que les territoires respectifs des deux cérébrales postérieures.

L'injection va plus loin ; elle envahit les territoires des deux sylviennes; mais elle respecte ceux des deux cérébrales antérieures.

Plaçant alors une canule dans la cérébrale antérieure, nous poussons une injection, noire cette fois, qui envahit le territoire de la cérébrale antérieure, et arrivée aux confins du territoire de la sylvienne, chasse sur une étendue de quelques centimètres devant elle l'injection rouge qui remplissait les branches de cette dernière.

Cerveau n° 3. — 62 ans, ♀.

Ligature de la communicante postérieure.

Injection avec la masse rouge précédente par la cérébrale postérieure.

Le territoire de cette artère est injecté ; le territoire de la sylvienne l'est en grande partie.

Poussant alors une injection noire par la sylvienne, nous voyons très nettement le noir refouler le rouge, pour envahir ensuite le territoire de la cérébrale antérieure.

Cerveau n° 4. — 5 ans, ♀.

Hémisphère gauche. — Ligatures de la cérébrale antérieure et de la communicante postérieure.

Désirant obtenir une injection aussi fine que possible, nous nous servons pour cette expérience de collodion très liquide tenant en suspension du noir de fumée.

Nous poussons par le tronc de la sylvienne une première injection d'éther, suivie de l'injection au collodion.

Les trois territoires se remplissent rapidement et très finement. C'est parmi nos nombreuses expériences la plus réussie et la plus démonstrative.

Ayant omis de lier la communicante antérieure, nous n'avons pas été surpris, à l'ouverture de la dure-mère, de trouver tout l'hémisphère droit injecté, peut-être un peu moins finement que le gauche.

Nous avons regretté d'autant plus cette omission qu'en liant la communicante antérieure il nous aurait été très facile de constater s'il existait en dehors d'elle des communications interhémisphériques.

Cerveau n° 5. — ♀ 7 mois.

Hémisphère droit. — Ligature de la communicante postérieure.

Injection de collodion noir par la cérébrale postérieure.

Les trois territoires se remplissent, ceux de la sylvienne et de la cérébrale antérieure, un peu moins que celui de la cérébrale postérieure.

Hémisphère gauche. — Ligatures de la cérébrale antérieure et de la communicante postérieure.

Injection de collodion rouge par la sylvienne.

Les trois grands territoires sont envahis.

En premier lieu, que nous prouvent ces expériences ?

Comme nous le disions plus haut, nous avons injecté vingt-six cerveaux : nous sommes toujours parvenu au même résultat, et c'est là une des raisons pour lesquelles nous ne les faisons pas tous défiler sous vos yeux. Sans doute, il est des cerveaux, comme le numéro 3, où la pénétration a été moins facile. Mais là intervenait un nouveau facteur : les lésions artérielles ; le polygone de WILLIS était en effet parsemé de plaques d'athérome. Voyez au contraire nos cerveaux d'enfants, 4 et 5 ; là l'injection est complète ; les artères sont absolument saines.

Il n'y a là qu'une question de degré.

Ainsi donc, les zones arrosées par les trois grandes artères corticales communiquent entre elles et de plus dans un même territoire les diverses branches ont des voies qui les réunissent.

Les anastomoses existent, où se trouvent-elles ?

Nous avons songé un instant à la radiographie pour nous les faire découvrir. Dans ce but, nous avons injecté des cerveaux au mercure et nous les avons soumis aux rayons X. Les épreuves obtenues étaient très belles, mais malheureusement montraient un

lacis, une superposition de vaisseaux, presque impossible à décrire. Renonçant désormais à ce mode d'investigation moderne, nous avons eu recours au procédé classique, à la dissection, aidée de la loupe.

Nous avons vu tout d'abord, comme Biscons, des artérioles de calibre variable, d'un demi-millimètre environ, passer d'un territoire à l'autre sur la périphérie de ces territoires. Parmi ces branches, il y en a de constantes; d'autres sont plutôt rares.

Les régions de l'écorce où ces anastomoses sont les plus fréquentes sont les suivantes. La fig. I nous montre la branche antérieure de la cérébrale antérieure franchissant le bord supérieur de la face interne de l'hémisphère. Arrivée au niveau du premier sillon frontal, ou sillon frontal supérieur, cette artère donne plusieurs rameaux (*dans le cas présent*, *3*), qui s'anastomosent à plein canal avec des rameaux de l'artère de la troisième frontale, branche ascendante de l'artère cérébrale moyenne.

Dans la figure II, nous voyons la branche moyenne de l'artère cérébrale antérieure franchir le bord sagittal de la face interne de l'hémisphère et donner deux rameaux : l'antérieur s'anastomose avec un rameau de l'artère de la frontale ascendante, au niveau du sillon prérolandique ; le postérieur s'anastomose avec un rameau de l'artère de la pariétale ascendante, au niveau du sillon postrolandique ; les artères de la frontale et de la pariétale ascendantes sont des branches de la sylvienne.

La figure III nous représente la face interne de l'hémisphère. Du fond de la scissure pariéto-occipitale, nous voyons déboucher un rameau de l'artère du pli courbe, branche terminale de l'artère cérébrale moyenne. Ce rameau s'anastomose à la fois

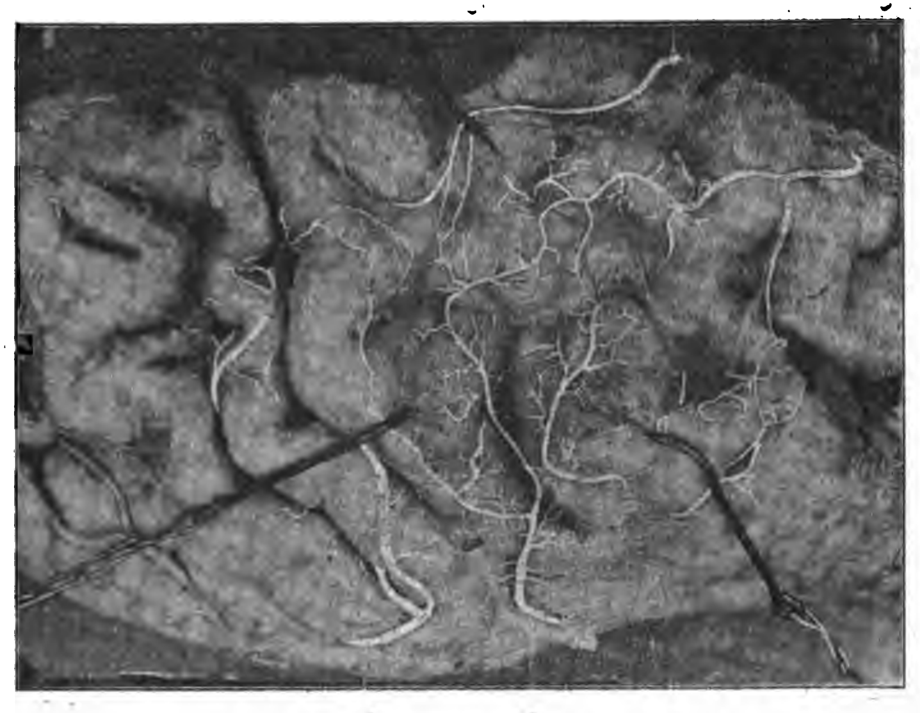


Fig. I. — Face externe de l'hémisphère droit.
Trois anastomoses entre : 1, 1, les branches antérieures de l'artère cérébrale antérieure ; 2, 2, les branches ascendantes de l'artère cérébrale moyenne, au niveau du premier sill n frontal ou sillon frontal supérieur.

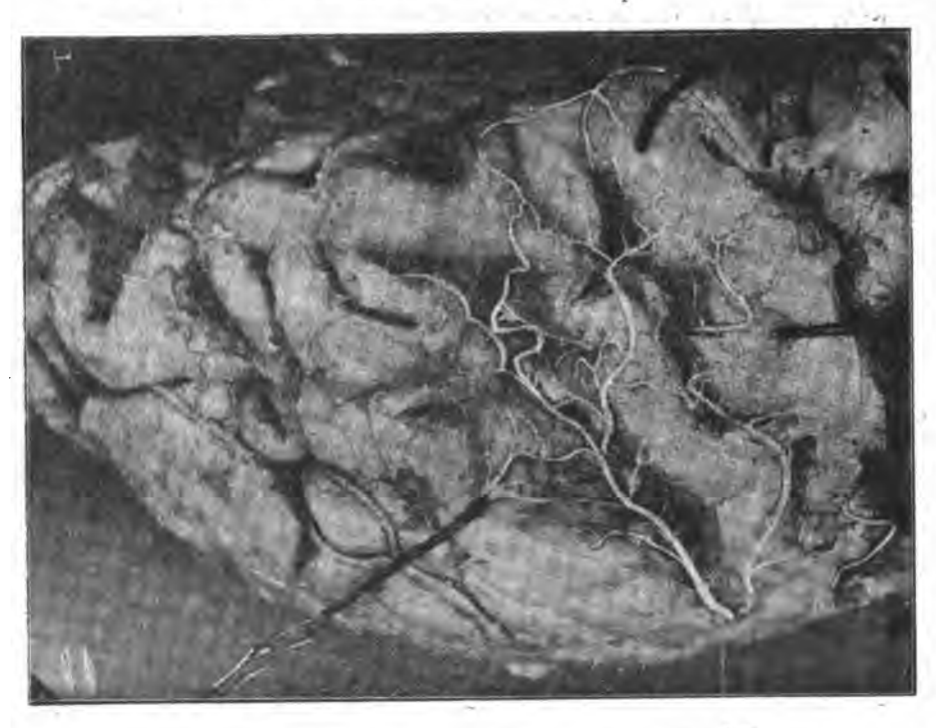


Fig. II. — Face externe de l'hémisphère droit.
Deux anastomoses entre ; 1, la branche moyenne de l'artère cérébrale antérieure ; 2, 2, les branches ascendantes de l'artère cérébrale moyenne, la première au niveau du sillon prérolandique, la deuxième au niveau du sillon postrolandique.

avec un rameau de la branche postérieure de l'artère cérébrale antérieure et avec un rameau de la branche postérieure de l'artère cérébrale postérieure.

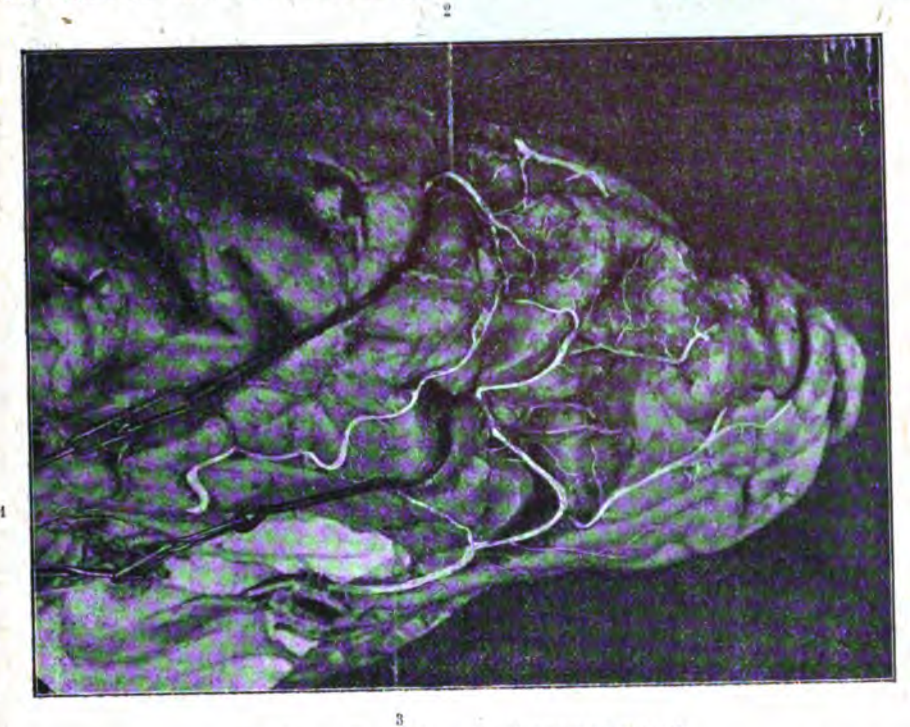


Fig. III. — Face interne de l'hémisphère droit.
Anastomose entre : 1, la branche postérieure de l'artère cérébrale antérieure ; 2, la branche terminale de l'artère cérébrale moyenne ; 3, la branche postérieure de l'artère cérébrale postérieure, au niveau de la scissure pariéto-occipitale.

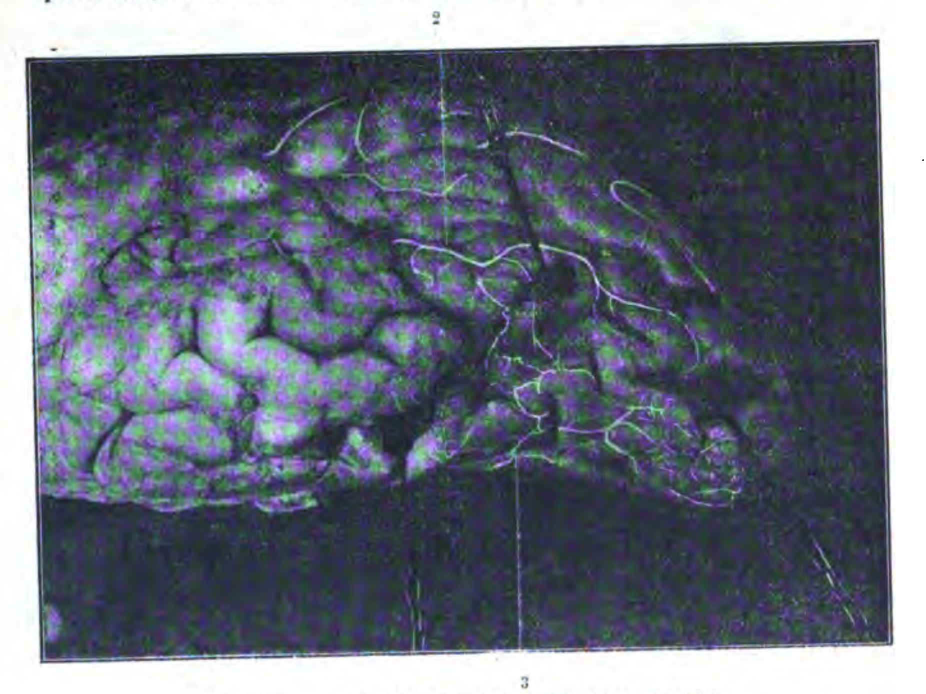


Fig. IV. — Face inférieure de l'hémisphère gauche.
Deux anastomoses entre : 2, la branche descendante de l'artère cérébrale moyenne ; 3, la branche moyenne de l'artère cérébrale postérieure, au niveau du sillon temporo-occipital externe.

Ces trois séries d'anastomoses, nous tenons à le répéter, sont absolument constantes ; nous les avons d'ailleurs retrouvées chez tous nos sujets. Leur diamètre oscille autour d'un demi millimètre. MM. Duret, Heubner, Cadiat, Kolisko, Biscons et Charpy ont constaté leur présence, mais sans décrire leur situation et leur trajet. Seul M. Henschen, au Congrès international de 1900, est un peu plus précis. Dans son rapport sur le centre cortical de la vision, il s'exprime ainsi : « En faisant des injections des vaisseaux qui alimentent la partie postérieure du cerveau, je suis arrivé à la conviction que les trois vaisseaux, l'artère occipitale postérieure, l'artère moyenne et l'artère antérieure ont de nombreuses anastomoses et peuvent se suppléer à un certain degré les unes aux autres. » Nous pensons avoir fait œuvre utile en donnant la topographie exacte de chacune de ces anastomoses.

Les figures IV et V s'observent plus rarement que les précédentes ; nous ne les avons pas rencontrées chez tous nos sujets.

La figure IV représente la face inférieure de l'hémisphère. On y voit des rameaux issus des branches descendantes de la cérébrale moyenne venir s'anastomoser au niveau du sillon temporo-occipital externe (troisième sillon temporal, suivant certains auteurs) avec des rameaux de la branche moyenne de la cérébrale postérieure.

Dans la figure V, à la face inférieure du lobe orbitaire, un rameau issu de l'artère olfactive, collatérale externe de la cérébrale antérieure, s'abouche à plein canal dans un rameau venu de l'artère de la troisième frontale, branche ascendante de l'artère sylvienne.

Nous ferons remarquer qu'au sujet de ces deux dernières voies anastomotiques nous ne sommes pas d'accord avec M. Testut. Pour lui, elles sont très fréquentes,

pour nous elles sont très inconstantes. Ces communications par rameaux existent-elles chez les animaux ? Biscons déclare en avoir rencontré de beaux exemples chez le cheval, le chien, le lapin et le cobaye. Nous avons fait nous-même des constatations analogues sur le cerveau du mouton.

Nous arrivons maintenant à une question bien controversée. Les trois grandes artères cérébrales ont-elles des communications entre elles d'un hémisphère à l'autre ? Les auteurs qui se sont occupés de la question en admettent quelques-unes entre les artères cérébrales postérieures ; la communicante antérieure mise à part, les cérébrales antérieures et les sylviennes n'en ont pas. Les communications entre les cérébrales postérieures ne sont qu'indirectes ; elles se font par l'intermédiaire de la cérébelleuse supérieure ; or celle-ci communique avec sa congénère sur la ligne médiane. Les injections que nous avons faites, et que nous allons passer en revue prouvent qu'il existe souvent, non toujours, des anastomoses autres que la communicante antérieure entre les deux cérébrales antérieures.

Cerveau n° 6. — ♂, 35 ans.

Hémisphère droit. — Ligatures de la communicante antérieure, de la cérébrale antérieure, de la communicante postérieure et de la cérébrale postérieure.

Injection au mercure par le tronc de la sylvienne.

Tout l'hémisphère droit se remplit ; le mercure, quelques secondes après, apparaît à la carotide interne gauche.

Soumettant le cerveau à la radiographie, nous obtenons une très belle épreuve, qui nous montre que les deux hémisphères sont injectés, mais il est impossible de distinguer les voies de communication. C'est la raison pour laquelle nous ne l'avons pas fait figurer dans notre travail.

Nous revenons comme précédemment aux injections au collodion et à la dissection.

Cerveau n° 7. — 50 ans, ♂.

Hémisphère gauche. — Ligatures de la communicante antérieure, de la cérébrale antérieure, de la communicante postérieure et de la cérébrale postérieure.

Injection au collodion rouge par la sylvienne.

Le territoire de la sylvienne est bien rempli ; les territoires de la cérébrale antérieure et de la cérébrale postérieure le sont peu.

2

1

Fig. V. — Face inférieure de l'hémisphère droit.

Anastomose entre : 1, l'artère olfactive, collatérale externe de l'artère cérébrale antérieure ; 2, branche ascendante de l'artère cérébrale moyenne, au niveau de la face inférieure du lobe orbitaire.

Rien dans l'hémisphère du côté opposé.

Hémisphère droit. — Mêmes ligatures, avec en plus celle de la sylvienne et en moins celle de la cérébrale antérieure.

Injection au collodion noir par la cérébrale antérieure.

Les trois territoires se remplissent ; et de plus l'injection passe dans l'hémisphère gauche, achevant de remplir les territoires médiocrement injectés des cérébrales antérieure et postérieure droites.

Cerveau n° 8. — 24 ans, ♀.

Hémisphère droit. — Ligatures de la communicante antérieure, de la cérébrale antérieure, de la communicante postérieure et de la cérébrale postérieure.

Injection au collodion noir par la sylvienne.

Le territoire de cette dernière seule se remplit bien.

Un peu d'injection se répand dans le territoire des cérébrales antérieure et postérieure.

Rien dans l'hémisphère du côté opposé.

Hémisphère gauche. — Mêmes ligatures.

On fait passer dans la sylvienne un courant d'eau colorée en bleu par du bleu de Prusse soluble.

Les trois territoires se colorent bien ; et, de plus, la coloration bleue envahit les branches non précédemment injectées des cérébrales antérieure et postérieure de l'hémisphère droit.

Les communications artérielles entre les deux hémisphères cérébraux existent. Voilà le fait acquis.

Par quelles voies se font-elles ? La dissection va nous l'apprendre.

La cérébrale antérieure, donne parmi ses collatérales internes, une artère calleuse supérieure ou artère médiane du corps calleux. Or, toutes les fois que nous avons obtenu une injection des deux hémisphères, nous avons constaté la présence de cette artère médiane du corps calleux. Elle naît, comme l'indique la figure VI, de la cérébrale antérieure, à 1 centimètre environ de la communicante antérieure, contourne le bec du corps calleux, suit sa face supérieure (figure VII); arrivée à mi-chemin du bec et du bourrelet, elle se divise en Y ; de ces deux branches partent des rameaux, dont les uns vont à la circonvolution du corps calleux et dont les autres franchissant la scissure calloso-marginale vont s'anastomoser avec des rameaux de la sylvienne et de la cérébrale postérieure au niveau de la scissure pariéto-occipitale.

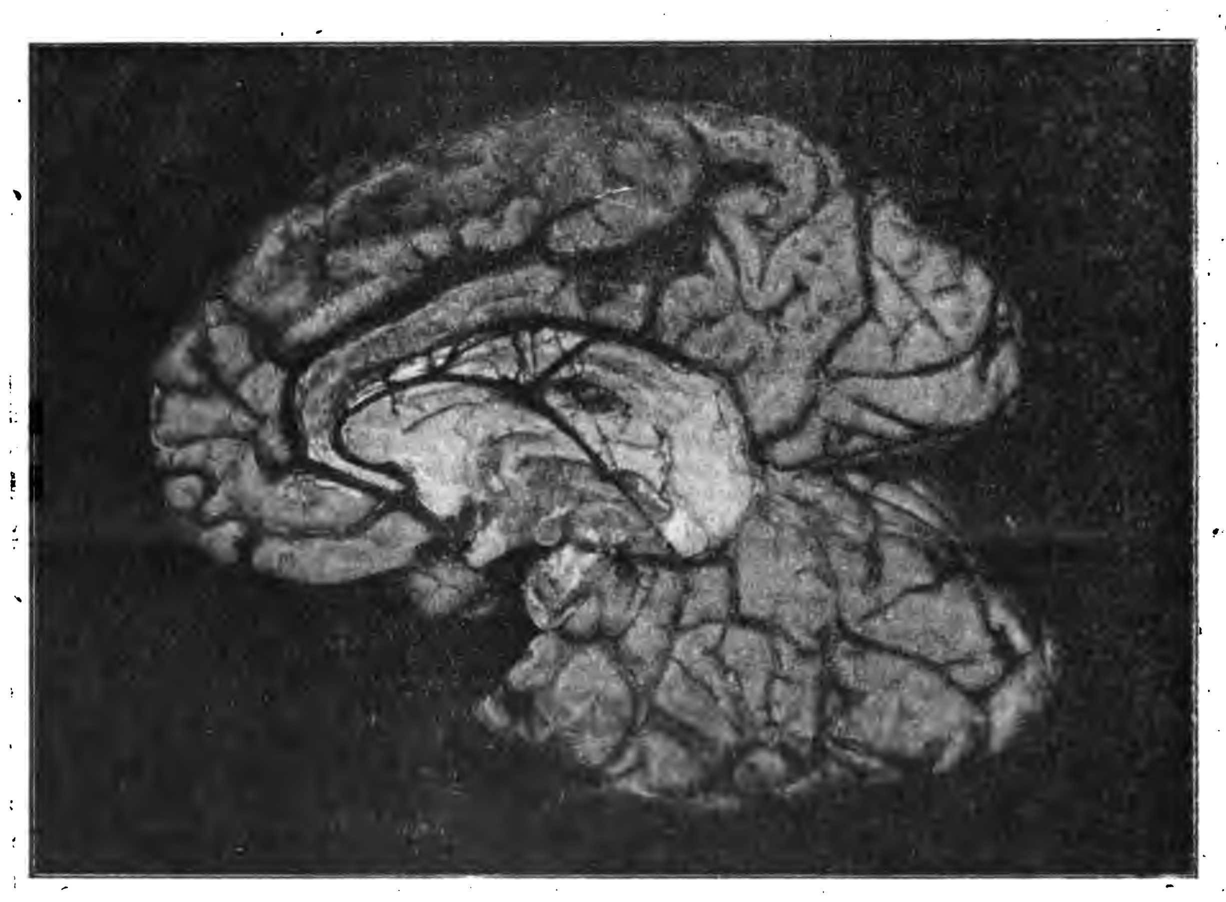


Fig. VI. — Face interne de l'hémisphère droit.

La partie antérieure de l'hémisphère gauche a été sectionnée et sa partie postérieure érignée en dehors pour montrer l'origine de l'artère médiane du corps calleux, au niveau de l'artère cérébrale antérieure droite.

On comprend maintenant comment l'injection partie de la cérébrale antérieure droite remplit successivement les trois territoires de l'hémisphère correspondant, l'artère médiane du corps calleux et, grâce à la division et aux anastomoses de celle-ci, les territoires des cérébrales postérieure, moyenne et antérieure de l'hémisphère gauche.

Quelle est donc la signification morphologique de cette artère médiane du corps calleux ? Lautard dans sa thèse (*Etude sur les anomalies des artères de la base de l'encéphale*, Paris, 1893) la fait naître indifféremment, soit de la communicante antérieure, soit de la cérébrale antérieure. Il ne lui attribue qu'un rôle de suppléance, quand par exemple les artères cérébrales antérieures sont insuffisantes ou atrophiées. Tel n'est pas notre avis. Sur tous les sujets où nous l'avons trouvée, elle existait au même titre que les cérébrales antérieures, son calibre était sensiblement le leur.

D'ailleurs le cerveau de certains singes affecte une disposition vasculaire semblable. « De l'angle d'ori-

gine des deux artères cérébrales antérieures, dit Lautard, aussitôt après la formation de la communicante antérieure, naît l'artère moyenne qui reste simple dans son parcours jusqu'au genou du corps calleux. A ce moment, elle se bifurque et les deux branches marchent vers les parties postérieures de la scissure interhémisphérique, en se tenant cachées dans le sinus du corps calleux, auquel elles donnent quelques ramuscules. Elles achèvent leur distribution en émettant un bouquet de fines divisions qui s'enfoncent dans la scissure perpendiculaire interne. »



Fig. VII.
L'artère médiane vue d'en haut. — Sa division en forme d'Y.

Mademoiselle Bertha de Vriese s'exprime ainsi au sujet de cette artère calleuse supérieure : « La présence de deux artères cérébrales antérieures et d'une artère médiane du corps calleux est la persistance du stade embryonnaire décrit chez la taupe et chez le chien et qui existe probablement aussi au cours du développement chez l'homme.

« Chez l'embryon de taupe de 7 millim. 1/2, les deux branches antérieures convergent l'une vers l'autre, sont unies par un réseau complexe, d'où je crois voir sortir trois branches, une médiane plus fine que les deux autres.

« Chez un embryon de chien de 13 millim., les deux artères cérébrales antérieures sont unies entre elles par une artère communicante antérieure, d'où part sur la ligne médiane une artère bien développée qui s'épuise dans le cerveau antérieur. »

Sur 50 cerveaux d'homme adulte, Melle de Vriese trouve 29 fois la disposition normale ; 11 fois il existe une artère médiane du corps calleux plus ou moins développée.

Au contraire, sur 100 cerveaux de nouveau-nés et de fœtus humains, elle trouve 21 fois la disposition normale ; 69 fois, il existe une artère médiane du corps calleux plus ou moins développée.

Notre modeste statistique ne porte que sur des cerveaux adultes ; elle est un peu plus élevée que celle de Melle de Vriese ; sur 26 cerveaux, il existait sept fois une artère du corps calleux.

Nous conclurons avec elle en disant : chez le fœtus et chez le nouveau-né, l'artère médiane du corps calleux est presque absolument constante ; chez l'adulte, son développement et les communications artérielles interhémisphériques qui en sont la conséquence directe sont très variables.

Ces résultats nous font admettre que l'artère médiane du corps calleux constante dans les premières phases de la vie embryonnaire, persiste parfois, plus ou moins développée à la naissance, sans se retrouver pour cela nécessairement chez l'homme adulte : elle continue fréquemment son évolution régressive après la naissance.

Une question importante se pose maintenant : Existe-t-il dans l'appareil artério-veineux encéphalique des communications autres que celles des réseaux capillaires et analogues à celles que Sucquet, Claude Bernard, Hoyer ont signalées dans d'autres régions du corps, c'est-à-dire des anastomoses directes d'artère à veine par l'intermédiaire de vaisseaux d'un certain calibre ?

Plusieurs anatomistes, spécialement autorisés dans la question, Ecker, Heubner ne doutent pas de leur existence ; il faut joindre à ces deux auteurs, Cadiat, qui les admet également.

En opposition à ces affirmations, nous trouvons la négation de vaisseaux dérivatifs cérébraux formulée,

à la suite de recherches spéciales, par VULPIAN, par SAPPEY, par M. DURET surtout. En 1879, LUCAS, dans sa thèse, écrit : « Jamais dans aucun cas je n'ai vu une parcelle de la matière employée arriver dans les veines. » La même année, LABBÉ, dans une note sur la circulation veineuse du cerveau (*Archives de physiologie*, 1879) a constaté l'illusion d'optique que donnent deux injections diversement colorées, l'une artérielle, l'autre veineuse, si l'injection artérielle s'arrête juste au point où une artériole croise une veinule sous-jacente. Puis, dans des recherches ultérieures, il a cru voir deux injections pénétrantes, à la gélatine, l'une poussée d'abord dans les artères, l'autre dans les veines, marcher à la rencontre l'une de l'autre, comme elles le feraient dans les cas d'anastomoses directes d'artériole à veinule. LABBÉ croit, dès lors, que tout en évitant de se prononcer absolument, on peut admettre les anastomoses comme probables.

Dans le cours de nos recherches, nous n'avons vu qu'une seule fois l'injection lancée par une artère revenir par les veines. Ce fait isolé nous décida à étudier la question. On pouvait dans le cas présent nous objecter que l'injection de bleu soluble dont nous nous étions servi, c'est-à-dire un simple courant d'eau fortement coloré, avait franchi facilement les capillaires pour s'engager dans les veines.

Pour éviter dans la mesure du possible toute cause d'erreur, nous nous servîmes de masses à injections un peu grossières, telles que le mastic ; il n'était guère possible à l'injection de passer des artères dans les veines par l'intermédiaire des réseaux capillaires de la pulpe cérébrale. Dans ces conditions, jamais une injection de mastic poussée par une artère ne s'est engagée dans les veines. Ces faits paraissent nous démontrer que s'il existe réellement chez certains sujets des communications directes entre artères et veines, ce sont de véritables anomalies.

LE RÉSEAU ARTÉRIEL DE LA PIE-MÈRE

Le réseau vasculaire artériel de la pie-mère existe-t-il ? Les anatomistes ne sont pas d'accord à ce sujet et nous nous trouvons ici en présence de deux opinions absolument contradictoires.

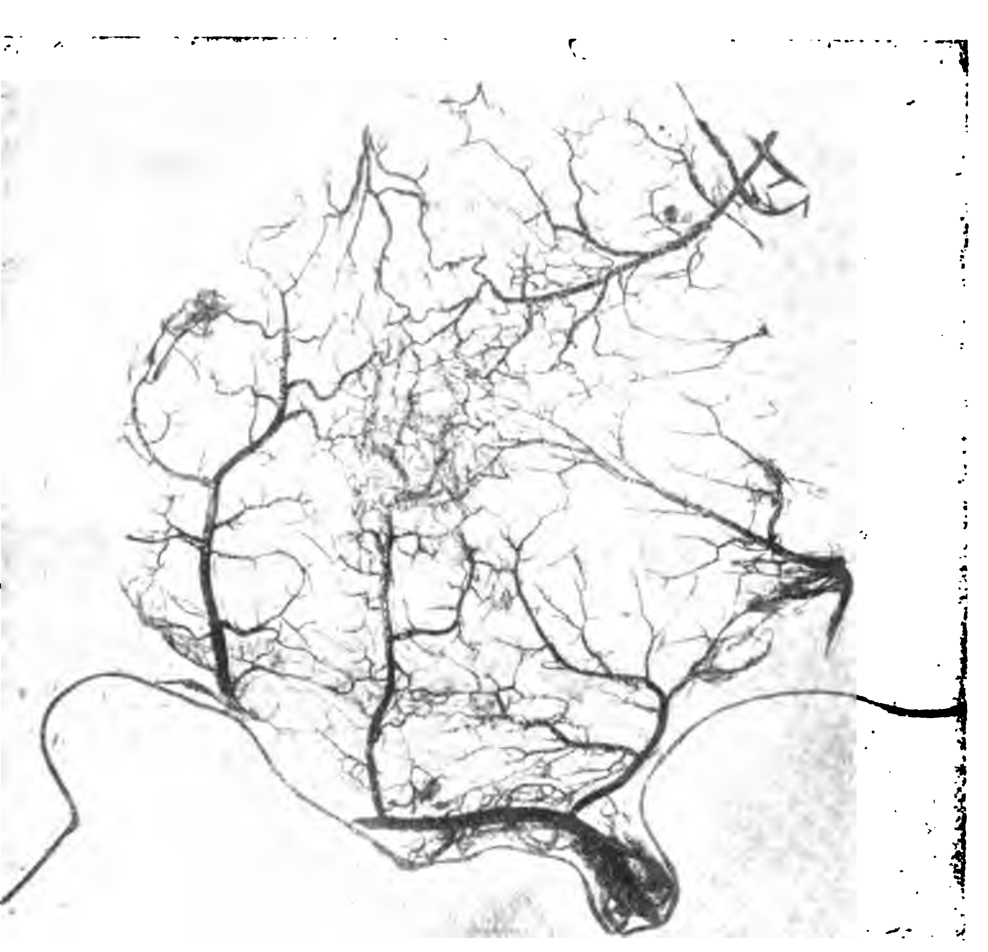


Fig. VIII. — Réseau artériel de la pie-mère.
Injection au collodion. — Photographie microscopique. — Grossissement : 7 diamètres.

Pour M. DURET, non seulement les troncs artériels n'ont que des anastomoses extrêmement rares et insuffisantes, mais leurs ramifications ultimes dans la pie-mère n'ont aucune communication ni entre elles, ni avec celles des branches voisines ; elles sont terminales, dans l'acceptation donnée par COHNHEIM, c'est-à-dire qu'elles se résolvent en capillaires sans s'unir aux artères voisines ; elles ne forment pas un réseau, mais des arborisations, c'est-à-dire des divisions indépendantes à la façon de plusieurs arbres rapprochés.

Au contraire pour HEUBNER, CADIAT, BISCONS et M.

CHARPY, il n'y a nulle part des arborisations, mais partout un réseau extrêmement communicant. On reconnaît dans le réseau vasculaire deux espèces de mailles, de grandes mailles formées par la réunion d'artères importantes, de deux dixièmes jusqu'à cinq dixièmes de millimètre et de petites mailles contenues dans les premières et renfermant des vaisseaux très rapprochés, d'une grande ténuité.

Si nous nous en rapportons à nos propres recherches, les deux opinions émises par M. DURET et HEUBNER nous paraissent également exagérées. Nous n'avons pas rencontré dans la pie-mère un réseau aussi fin, aussi riche et surtout aussi régulier que celui que l'on trouve dans la description d'HEUBNER.

D'autre part, nous ne pouvons accorder le caractère de vaisseau terminal, ni aux troncs volumineux qui émanent du polygone de WILLIS, ni aux ramifications de ces troncs dans la pie-mère cérébrale. Les gros troncs, nous l'avons vu dans le premier paragraphe de ce chapitre, s'anastomosent les uns avec les autres aux confins de leur territoire. En ce qui concerne les branches et les rameaux, voici ce que nous avons constaté.

Nous plaçons dans une des branches de deuxième ordre de la sylvienne, d'un millimètre environ de diamètre, l'aiguille d'une seringue de PRAVAZ et nous poussons une injection de bleu de Prusse soluble dans l'eau ou de collodion noir très liquide. On voit, comme l'indique très bien la figure VIII, l'injection gagnant de proche en proche remplir les deux rameaux de cette branche ; ceux-ci s'anastomosent d'abord entre eux, puis s'abouchent avec les rameaux venus de quatre branches voisines. Le diamètre de ces rameaux oscille autour de 1/3, 1/4, 1/5 de millimètre. Voilà la disposition habituelle du réseau pie-mérien ; elle se voit non seulement entre les branches d'un même territoire, mais aussi entre les branches de deux territoires voisins. Nous ajouterons que ce réseau est très difficile à remplir ; les injections partielles seules nous ont permis de le voir.

Le lambeau de pie-mère représenté dans la figure VIII a été étalé sur une lame de verre et examiné d'abord à la loupe. Pour nous mettre en garde contre une cause d'erreur signalée par M. DURET, la superposition des plans vasculaires, nous nous sommes servi d'un microscope binoculaire. Les anastomoses entre les rameaux se trouvaient bien sur un seul et même plan.

Ainsi donc le réseau artériel de la pie-mère existe, mais il est impossible d'y reconnaître, comme le voulait HEUBNER, un réseau primaire, formé de grandes mailles, et un réseau secondaire, formé de petites mailles, contenu dans le premier. Les gros troncs s'anastomosent aux confins de leurs territoires ; les branches de ces gros troncs (artères de deuxième ordre, si l'on veut) donnent des rameaux qui s'anastomosent avec les rameaux issus des branches voisines ; ces communications existent aussi bien entre deux territoires limitrophes que dans un même territoire. Tous ces vaisseaux sont d'ailleurs parallèles à la surface des circonvolutions. Telle est notre conclusion, basée sur les faits observés et en s'entourant des moyens de contrôle les plus modernes.

(à suivre).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ENVOI DES MALADES INDIGENTS FRANÇAIS DANS LES CLINIQUES BELGES aux frais des municipalités françaises (1),

Par M. H. **Surmont**, Secrétaire-Général

MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

Vous avez tous reçu à la date du 20 août dernier une circulaire dont je me permets de vous rappeler les termes afin de poser nettement la question.

A l'Assemblée générale annuelle de notre Association, tenue à Valenciennes le 23 juillet 1905, notre confrère le Docteur TOFFART, de Frelinghien, a appelé l'attention de l'Association sur un fait d'une gravité exceptionnelle : l'envoi de malades pauvres aux frais des municipalités françaises dans des cliniques belges, publiques ou privées.

Cet abus est illégal : aussi les municipalités qui le commettent dissimulent-t-elles de façons variées dans leur budget les dépenses occasionnées de ce chef ; quelques-unes ont cependant la naïveté ou l'impudence de ne pas les dissimuler.

Cet abus cause aux médecins français un préjudice moral injustifié et injustifiable, car leur valeur professionnelle ne craint pas la comparaison avec celle de leurs confrères étrangers.

Cet abus cause aux médecins français un préjudice matériel non douteux, préjudice dont la valeur ne pourrait être approximativement fixée, que si l'on possédait les éléments d'une appréciation complète, mais préjudice que les renseignements déjà recueillis permettent de croire considérable.

Cet abus enlève aux hôpitaux français du chef-lieu et des arrondissements des ressources qui devraient légitimement leur revenir et qui sont précieuses, tant au point de vue du budget de ces établissements, qu'au point de vue de l'éducation professionnelle des médecins et des étudiants français.

Pour ces raisons, et dans le but de défendre, avec les intérêts des malades indigents français, les intérêts généraux de la corporation médicale, nous espérons, mon cher Confrère, que vous voudrez bien contribuer à la formation

(1) Rapport présenté à la réunion annuelle de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département du Nord, le 25 novembre 1906.

d'un dossier complet qui permettra à l'Association d'intervenir auprès des pouvoirs publics en votre nom et, si c'est nécessaire, en collaboration avec les Syndicats médicaux, afin de mettre fin à ces pratiques abusives le plus rapidement et le plus complètement possible.

A cette circulaire était adjoint un questionnaire détaillé permettant d'apprécier l'étendue du mal et sa localisation.

Voici quel a été le résultat de cette enquête. Aux 363 circulaires, qui ont été envoyées, 78 réponses exactement nous sont parvenues, d'où je conclus que pour deux confrères du département du Nord dont la question sollicite l'attention il y en a neuf qui l'ignorent ou qui s'en désintéressent.

Au point de vue de leur provenance les réponses se sont ainsi divisées ; 31 proviennent de l'arrondissement de Lille, 8 de l'arrondissement d'avesnes, 3 de celui de Cambrai, 8 de celui de Douai, 12 de celui de Dunkerque, 4 de celui d'Hazebrouck et 12 de celui de Valenciennes.

Sur ces 78 réponses 6 seulement ont été nettement positives et ont cité des faits précis. 4 émanent de confrères de l'arrondissement de Lille, une d'un confrère de l'arrondissement de Valenciennes et une d'un confrère de l'arrondissement d'Avesnes. 52 réponses sont nettement négatives sur la première demande du questionnaire : « Connaissez-vous *personnellement* des faits certains d'envoi de malades indigents dans les cliniques belges, aux frais des municipalités françaises », mais ont fourni à propos des autres questions des renseignements intéressants que je relèverai plus loin.

Prise dans son ensemble, l'enquête montre donc que le mal est localisé et que quelques rares communes seules envoient des malades aux frais des contribuables dans les cliniques belges.

La commune qui se distingue le plus, dans ce sport d'un nouveau genre, est celle d'Houplines, sur les registres de laquelle on pouvait déjà à la date du 29 juillet 1906 relever les noms d'au moins douze indigents envoyés depuis le début de l'année aux frais de la commune à Jumet et à Gand,

Seclin a envoyé à Jumet, en 1904, un ouvrier atteint de genu valgum pour lequel le Conseil municipal a payé 300 francs, en 1905, une jeune fille atteinte de tumeur blanche du pied pour laquelle il a été payé 150 francs (1).

A J..., commune industrielle importante de l'arrondissement d'Avesnes, de nombreux malades indigents ont été, depuis plusieurs années, envoyés dans les cliniques belges privées aux frais de la municipalité.

Tels sont les faits ; ils sont blâmables de tous points, et votre bureau a cru devoir faire une démarche pour les signaler à l'attention de M. le Préfet du Nord. Celui-ci a promis de faire sur les faits que nous lui avons signalés une enquête personnelle et de nous en communiquer le résultat.

Profitant de l'occasion qui m'était offerte de soulever quelques questions connexes, j'avais demandé à nos confrères s'ils connaissaient des bureaux de bienfaisance ou des administrations hospitalières adressant leurs assistés à l'étranger. La réponse a été complètement négative, et nous nous en félicitons hautement, car nous avons la conviction que les indigents ne sont nulle part soignés avec plus de dévouement et de compétence que chez nous.

Certaines usines, Compagnies d'assurances, mutualités, sociétés industrielles anonymes, parmi lesquelles nous citerons la société de secours mutuels la Prévoyance de Tourcoing et la Société de secours mutuels des Employés et Ouvriers de la Compagnie des mines d'Aniche, donnent à leurs sociétaires un secours qu'ils sont libres d'utiliser au gré de leurs désirs, en se faisant opérer par qui ils veulent. C'est la mise en pratique de la liberté de confiance réclamée par beaucoup de médecins, et dernièrement encore, par le syndicat médical de Lille et de la région.

(1) La commune de Crespin a donné en 1904 à titre de secours une somme de 50 francs à un de ses habitants opéré chez lui par un docteur belge.

Il n'y a rien à dire à cette manière de faire, et le seul moyen d'empêcher l'exode des malades de cette catégorie à l'étranger est de leur montrer qu'ils seront aussi bien chez nous. Je dois cependant vous signaler à ce propos l'opinion de notre confrère le Docteur Riche, de Jeumont :

« Le mal est incontestable, m'écrit-il à ce propos, et le danger est grand : Mais quelle en est la cause? Elle se trouve en grande partie dans notre manque d'initiative, dans notre inertie. Les médecins Belges ont industrialisé la Chirurgie. Partout chez eux, et surtout sur leurs frontières (et pour cause), ils ont établi en grand nombre des cliniques privées, des instituts chirurgicaux, etc... qui drainent tous les malades de la région du Nord, au grand dam de nos opérateurs et de nos spécialistes.

» Que faire ? La même chose, avec plus d'honnêteté professionnelle : que dans chaque arrondissement les médecins syndiqués élèvent à frais et à bénéfices communs, une maison d'opérations, bien aménagée, bien outillée, avec un personnel chirurgical secondaire à demeure (un interne et deux infirmiers), et un chirurgien de valeur attaché à chacune de ces maisons. Les cas simples nous irons les opérer nous-mêmes dans les meilleures conditions : les cas difficiles, nous les confierons au chirurgien attaché à la maison. En outre deux ou trois fois par semaine, des spécialistes sérieux (yeux, oreilles, gorge, peau, etc.) y feront la consultation. Ce sera de la bonne décentralisation utile et profitable à tout le monde : aux malades d'abord, exploités par nos voisins, qui après avoir passé quelques mois dans une clinique de Paris ou de Berlin se décernent le titre de spécialistes ; utile à notre corps médical qui profiterait alors de toutes les ressources que présente notre région, et gagnerait en considération auprès de ce public ignorant et souvent stupide, qui, en constatant la rareté de nos opérateurs et de nos spécialistes, attribue ce fait à l'infériorité de nos médecins et à l'insuffisance de nos études médicales. »

La question de la médecine des frontières est intimement liée à ce problème ; en solutionnant celui-ci, celle-là sera à moitié résolue. Il est du devoir de l'Association médicale du Nord de faire tous ses efforts pour atteindre ce résultat.

Notre enquête ne pouvait manquer d'appeler de nouveau l'attention sur l'exploitation des malades français de notre région par un certain opérateur belge qui s'est acquis, par sa manière de comprendre la déontologie, une triste célébrité tout le long de notre frontière. Cet industrieux industriel envoie un mandat de 20 francs à tout ancien opéré qui lui adresse une nouvelle victime. Par ce procédé, certains arrivent à se faire rembourser complètement les frais de leur opération. Ce truc, qui a déjà réussi à certains marchands de bicyclettes, était nouveau en chirurgie ; il nous a paru mériter les honneurs de la publicité.

Le même chirurgien aurait, dans un certain nombre de communes, des raccoleurs attitrés, mais naturellement les avantages qui leur sont faits sont inconnus de nos confrères.

Que pouvons-nous contre des procédés de ce genre que déplore comme nous la majorité de nos confrères belges ? Rien, sinon d'éclairer le public sur ses véritables intérêts et sur la valeur morale des personnages qui exploitent ainsi sa crédulité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Novembre 1906

Présidence de M. Oui, Vice-Président

La Commission des Prix est instituée ainsi qu'il suit : M. Noquet, Président; Membres : MM. Breton, Ingelrans, Lefort ; M. Gellé, Rapporteur.

Carie sèche de l'épaule.

M. **Le Fort** présente un malade du service de M. le Professeur Folet, atteint de carie sèche de l'épaule. L'affection évolue depuis 7 ans, sans grande douleur ; l'ankylose osseuse est absolue ; l'atrophie du deltoïde complète. Les mouvements s'effectuent bien grâce à une extrême mobilité de l'omoplate, et M. Le Fort se demande si la résection de l'épaule est indiquée chez ce malade.

Fractures de la face

M. **Le Fort** présente un malade qui s'est blessé il y a trois semaines en heurtant violemment un mur. L'os malaire droit est enfoncé dans le maxillaire supérieur et il y a une gêne notable des mouvements de la mâchoire. En quelques jours, ces mouvements ont beaucoup gagné en amplitude par la mobilisation. Ce malade a déjà eu jadis une autre fracture à la face.

Un coup de bâton lui a brisé le bord orbitaire inférieur du côté gauche. On sent aujourd'hui encore une encoche de ce côté.

Deux cas de résection de la hanche pour coxotuberculose grave suppurée avec pièces anatomo-pathologiques.

MM. **Caudier** et **Bernard** présentent les pièces provenant de deux résections de la hanche pratiquées par M. le professeur agrégé Gaudier dans son service de Chirurgie infantile de l'hôpital Saint-Sauveur.

Il s'agissait de coxalgies suppurées avec trajets fistuleux multiples et la résection de la hanche fut pratiquée non dans un but de traitement systématique de la coxalgie, mais comme un moyen nécessaire de drainage à cette période ultime de la maladie.

Le premier cas concerne une fillette de 12 ans, coxalgique, avec abcès multiples remontant à plusieurs années.

La résection fut des plus simples. L'épiphyse supérieure du fémur fut sectionnée à la scie de Gigli, la cavité cotyloïde vidée et drainée, le membre replacé en bonne position en extension continue.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une ancienne coxalgie suppurée chez un garçon de 13 ans, avec luxation. Mais chez celui-ci l'ouverture large permit de découvrir un fait intéressant : La luxation fémorale avait été d'abord sous-cotyloïdienne ; puis il s'était produit une décapitation de la tête qui était restée logée sous la cavité cotyloïde, tandis que le fémur était remonté et que la portion restante de son col était venue se placer dans la cavité colyloïde.

L'anesthésie avait été dans les deux cas la rachistovaïnisation à doses très réduites, d'après la méthode de Bier.

Sarcome de l'œil droit.

M. **Gérard** (Georges). — La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est un leuco-sarcome de l'œil droit que j'ai enlevé le 19 juillet dernier à un enfant de 5 ans.

Le diagnostic qui avait été primitivement posé était celui de panophtalmie, il suffisait d'entr'ouvrir les paupières pour rectifier cette erreur.

L'œil était complètement envahi par une masse brunâtre qui avait soulevé légèrement les paupières dans ses proliférations successives ; les douleurs étaient peu considérables ; c'est probablement la raison pour laquelle l'intervention chirurgicale avait été autant retardée.

Je pratiquai successivement : 1° l'ablation du ganglion prétragien qui était hypertrophié, mais non douloureux : 2° le curage complet de l'orbite qui fut, comme vous pouvez vous en rendre compte, à la fois facile et très complet ; facile, parce que le périoste de l'orbite etait intact et qu'il put aisément être décollé des parois avec la rugine.

L'opération fut complétée par la cautérisation ignée des quelques tissus qui étaient restés vers le canal optique et de la ligne de section de la conjonctive palpébrale.

Pansements compressif à la gaze neutre, suites opératoires simples.

L'enfant opéré n'a pas été revu depuis le 18 août ; il ne présentait à cette époque aucune trace de repullulation.

L'examen histologique du ganglion prétragien a été pratiqué par M le Dr De Beyre qui nous a aimablement remis la note suivante :

L'examen microscopique du ganglion préauriculaire montre une infiltration considérable d'éléments cellulaires tout à fait semblable aux leucocytes.

Il s'agit plutôt d'une lésion d'adénite simple : toutefois il faut faire quelques réserves au point de vue de la nature sarcomateuse de l'affection.

On sait d'ailleurs qu'il peut être difficile, dans certains cas, d'affirmer qu'un ganglion est simplement enflammé plutôt que sarcomateux.

Pour ce qui est du globe oculaire lui-même, il ne saurait y avoir de doutes sur le diagnostic clinique et microscopique.

L'évolution de la tumeur, son aspect macroscopique en font déjà un leuco-sarcome.

(à suivre).

NOUVELLES & INFORMATIONS

UNIVERSITÉ DE LILLE

Soutenances de thèse

M. L. J.-A.-E. Sueur, d'Aix-en-Issart (Pas-de-Calais), a soutenu avec succès, le 17 décembre 1906, sa thèse de doctorat (nº 25) intitulée : *Quelques cas de panophtalmie purulente métastatique.*

M. Georges Petit, de Lille, interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté, a soutenu avec succès, le 22 décembre 1906, sa thèse de doctorat (nº 6) intitulée : *Les voies de pénétration de la tuberculose et les moyens de défense de l'organisme* (Travail de l'Institut Pasteur de Lille).

Asociation de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins du département du Nord. — Les élections quinquennales pour le renouvellement du Bureau de l'Association ont eu lieu à Lille le dimanche 25 novembre dernier et ont donné les résultats suivants :

Président honoraire : M. le docteur Olivier à Lille ; Président : M. le docteur Noquet à Lille ; Vice-Présidents : MM. les docteurs Looten à Lille ; Buisson à Auberchicourt-Aniche ; Decool à Hazebrouck ; Fichaux à Tourcoing ; Secrétaire général : M. le docteur Surmont à Lille ; Secrétaire adjoint : M. le docteur Carlier à Lille ; Trésorier : M. le docteur Derode à Lille ; Trésorier-adjoint : M. le docteur D'hour à Lille. — *Délégués de l'arrondissement de Lille* : MM. les docteurs Delassus et Richard Lesay à Lille ; Butruille et Derville à Roubaix ; Cadeau à Tourcoing ; Vincent à Armentières ; Toffart à Frelinghien ; Vouters à Comines ; Legrand à La Bassée ; Couvreur à Seclin ; Meurisse à Cysoing. — *Délégués de l'arrondissement d'Avesnes :* MM. les docteurs Marquis à Avesnes ; Jacqmarcq à Bavai ; Cathelotte à Berlaimont ; Vandermiesch à Landrecies ; Derome à Wargnies-le-Petit ; Culot à Maubeuge ; Deltour à Solre-le-Château ; Huart à Trélon. — *Délégués de l'arrondissement de Cambrai :* MM. les docteurs Dancourt à Cambrai ; Pruvost à Carnières ; Manesse à Bertry ; Rossigneux à Le Cateau ; Pluvinage à Marcoing ; Tramblin à Bermerain. — *Délégué de l'arrondissement de Douai* : MM. les docteurs Buisson à Auberchicourt ; Dransart à Somain ; Sockeel à Douai. — *Délégués de l'arrondissement de Dunkerque :* MM. les docteur Herbart et Reumaux (père) à Dunkerque ; Pruvost à Bourbourg ; Jansen à Hondschoote ; Bary à Loon-Plage ; Vanherseecke à Zeggers Cappel. — *Délégués de l'arrondissement d'Hazebrouck* : MM. les docteurs Decool et Smagghe à Hazebrouck ; Vergriette à Cassel ; Rousseau à Merville. — *Délégués de l'arrondissement de Valenciennes* : MM. les docteurs Canonne à Anzin ; Hornez à Crespin ; Chatelain à Denain ; Pruvost à Raismes.

— Le prix d'externat de 1906, destiné à récompenser les services des meilleurs d'entre les externes, a été décerné par la Commission des hospices de Lille, à MM. Benoit, Bridoutx, Choquet, Deladrière, Dolain, Duviller, Foulatier, Vanhæcke.

Distinctions honorifiques

Dans la liste des médecins auxquels le ministre a conféré des récompenses honorifiqques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles, nous relevons les noms suivants qui intéressent notre région :

Lettres d'éloges officiels : MM. les docteurs Fourmeaux, à Saint-Amand ; Caffeau, à Aniche ; Vaille, à Caudry ; Poiteau, à Bienvillers-au-Bois ; Defossez, à Abscon ; Quiret, à Iwuy ; Wemaere, à Wormhoudt. — Médaille de bronze : MM. les docteurs Collette, à Ardres ; Rossigneux, au Cateau ; Alexandre, à Arques ; Pruvost, à Carnières ; Lamiot, à Boulogne ; Daubresse, à Carvin ; Dourlens, à Bruay. — Médaille d'argent : M. le docteur Leroy, à Marquise. — Médaille de Vermeil : M. le docteur Pierchon, à Halluin.

M, le docteur Ausset (de Lille), a obtenu, à l'Académie des sciences, un prix de Monthyon de 500 francs (statistique).

Notre Carnet

Le 19 décembre 1906, ont été célébrées, à Paris, les cérémonies du mariage du docteur Botcazo avec mademoiselle Berthe Fayet. Nous adressons à notre jeune confrère nos meilleurs souhaits de bonheur.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs Charasse, de Lyon ; Guillain, médecin-major en retraite.

Ledoux, de Wambrechies (Nord). Nous adressons à la famille de notre confrère l'expression de nos sincères condoléances.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Ch. TUAL.

N° 520. Dixième Année. N° 52. Le Numéro : 10 centimes 30 Décembre 1906

L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT 5 fr. par an. Union postale : 6 fr.

ABONNEMENT pour les ÉTUDIANTS 3 fr. par an.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Nota. — Les abonnements partent du 1er janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes. — Les numéros isolés réclamés quinze jours après leur apparition sont facturés 25 centimes, pour les abonnés 15 centimes.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de l'Ectopie testiculaire

par le Professeur **Carlier** (1).

J'ai observé environ quarante cas d'ectopie testiculaire. J'ai opéré quinze malades, je n'ai retrouvé que huit de mes opérés, c'est parmi eux que se trouvent d'ailleurs les cas les plus intéressants.

Mes opérés étaient atteints de cryptorchidie simple, de la variété inguinale. J'ai vu, sans les opérer, deux cas de cryptorchidie double, l'un d'eux est encore en observation.

De mes huit opérés, cinq avaient leur ectopie testiculaire du côté droit, trois du côté gauche. Leur âge était le suivant : un cas à 10 ans, un à 11 ans, deux à 13 ans, un à 17 ans, deux à 19 ans, un à 25 ans.

Le volume du testicule ectopié était variable, ordinairement au-dessous de la normale, une seule fois (cas de 17 ans) j'ai eu affaire à un testicule qui m'a paru normalement développé.

Je n'ai pas observé de testicule ectopié en état de dégénérescence cancéreuse. Comme malformations concomitantes, je signalerai surtout la hernie, le phimosis et un hypospadias péno-scrotal. C'est cet hypospade qui m'a fourni le cas le plus instructif.

J'ai vu trois cas très intéressants par les complications qu'ils ont présentées ; les voici résumés :

OBSERVATION I. — Henri S....., 19 ans, est subitement pris, le 27 Octobre 1905, de douleurs abdominales accompagnées de vomissements, mais sans tympanisme ni fièvre, au dire du malade. Lors des efforts provoqués par les vomissements, le malade a ressenti dans la région inguinale droite de très vives douleurs. Le 4 novembre, le septième jour après le début de la crise, S..... entre dans mon service à l'hôpital Saint-Sauveur. Toute la région du flanc droit est extrêmement douloureuse et rouge, elle est le siège d'une large induration étendue en hauteur depuis

(1) Communication au XIXe Congrès français de chirurgie.

l'arcade de FALLOPE jusqu'à cinq ou six travers de doigt au dessus, et en largeur de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à l'ombilic. C'est comme un large gâteau où l'induration paraît comprendre toute l'épaisseur de la paroi abdominale plutôt que la partie profonde du flanc, et, de fait, il est absolument impossible de plisser la peau à ce niveau. Il n'existe pas de douleur spéciale au point dit de MAC BURNEY. La température est normale, le pouls est fréquent, mais très régulier et nettement frappé. Les vomissements avaient cessé depuis deux jours, il y avait eu la veille de l'entrée à l'hôpital une selle naturelle.

En continuant l'examen, on s'aperçoit que la portion droite du scrotum ne contient pas de testicule et n'en aurait jamais contenu, d'après le malade. La palpation pratiquée à la racine des bourses du côté droit permet de sentir un peu au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal une petite masse dure, allongée, très douloureuse, et formant une sorte de petit boudin à surface irrégulière et qu'on attribue à une anse d'épididyme enflammé plutôt qu'à une inflammation d'un diverticule de la vaginale. La constatation de l'ectopie testiculaire rendait facile le diagnostic et, à aucun moment, on ne pensa à une appendicite.

Sous l'influence d'un traitement approprié, repos au lit, diète, applications locales de glace, tous les phénomènes douloureux se calmèrent en quelques jours. L'induration du flanc disparut, l'abdomen reprit partout sa souplesse et, du côté de l'orifice externe du canal inguinal, on ne perçut plus rien de la petite tumeur dure et allongée qui y avait été constatée lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Je n'opérai cependant le malade que deux mois et demi plus tard. Je pus alors constater que le testicule ectopié, peu développé, était enveloppé d'une vaginale complètement fermée de toute part. Il n'y avait pas trace d'adhérences entre la glande séminale et la vaginale, mais lorsque j'incisai la paroi antérieure du canal inguinal, cette paroi était encore épaisse, dure, infiltrée, saignante et présentait tous les caractères objectifs d'une inflammation chronique.

OBSERVATION II. — Cette observation est absolument calquée sur l'observation I, sauf que les phénomènes inflammatoires évoluèrent du côté gauche et présentèrent une intensité moindre.

Joseph B..., 13 ans, entre le 19 février 1906 à la clinique des voies urinaires de l'Hôpital Saint-Sauveur. L'enfant est sujet depuis quelque temps à des crises de douleurs vives, lancinantes, localisées au niveau du canal inguinal. Lors de la crise, l'enfant peut percevoir, à l'orifice profond du canal inguinal, une saillie globuleuse, de la grosseur d'un œuf de pigeon, et extrêmement douloureuse au toucher. Chaque crise est accompagnée de rétention passagère d'urine, et l'une d'elles provoqua une tuméfaction inflammatoire de la paroi qui céda vite à des applications chaudes. La fatigue ramenait les crises, le repos les faisait en général cesser rapidement.

Lors de l'entrée de B... à l'hôpital, on constate une ectopie testiculaire du côté gauche. A aucun moment on ne put percevoir dans le trajet du canal inguinal le testicule ectopié, mais une pression un peu forte exercée immédiatement au-dessus du canal provoque une douleur particulière qui dénote la presence à ce niveau du testicule non descendu.

Le testicule droit est bien à sa place et est aussi développé qu'un testicule d'adulte.

Opération le 8 mars 1906, anesthésie par le chloroforme. Après incision du canal inguinal, une pression sur le flanc permet d'amener le testicule au niveau de l'orifice inguinal profond. Le testicule est contenu dans une vaginale à laquelle il n'adhère en aucun point, mais on voit à la surface de la séreuse quelques brides, indice certain de vaginalité. Aucun liquide dans la vaginale. Pour amener le testicule au niveau de son congénère, il faut inciser une série de brides et sectionner l'artère spermatique, en sorte que le testicule ne tient plus que par le canal déférent et l'artère déférentielle. Le testicule est alors suturé au testicule droit, d'après le procédé de WALTHER. Résultat très satisfaisant en ce sens que les douleurs ont disparu, mais le testicule a un peu remonté quelque temps après l'opération.

OBSERVATION III. — Adolphe B..., 11 ans, entre à la clinique pour un *hypospadias péno-scrotal*. J'opérai ce malade de sa malformation le 11 octobre 1905, par le procédé de la greffe dermo-épidermique de NOVÉ JOSSERAND. On sait que ce procédé, dont je n'avais eu qu'à me louer dans un cas antérieur, nécessite, une fois la greffe bien prise, une série de cathétérismes pour assouplir et dilater le nouvel urètre. Le petit malade avait été soumis à ces manœuvres urétrales complémentaires de l'opération lorsque le 1er novembre, alors qu'on n'avait pas touché à l'urètre depuis plusieurs jours, survint une violente douleur dans le flanc droit, avec état de défense de la paroi abdominale, vomissements, pouls à 130, température de 40°, bref tous les symptômes classiques d'une crise d'appendicite.

Je priai dès lors mon maître, le Professeur FOLET, d'admettre dans son service de clinique chirurgicale cet intéressant malade, que je lui adressai avec le diagnostic d'appendicite aiguë. L'enfant fut opéré dans les vingt-quatre heures. Or non seulement il n'y avait pas la moindre trace de péritonite, mais en outre l'appendice était petit, d'apparence normale, sans adhérences, et la coupe de l'organe enlevé fut démonstrative au point de vue de l'absence de toute lésion. L'enfant guérit d'ailleurs parfaitement de cette opération.

Il n'est pas douteux qu'il s'est agi dans ce cas d'une épididymo-orchite d'origine urétrale. Un examen plus complet du petit malade, en me permettant de constater chez lui une ectopie testiculaire, m'aurait évidemment renseigné de suite sur la nature des accidents qu'il avait présentés. Pour ma défense, je dirai que rien ne ressemble moins à un scrotum que ces pseudo-vulves d'hypospades péno-scrotaux, et que l'absence des bourses n'invite pas le chirurgien à une palpation méthodique qu'il ferait immanquablement lors d'un scrotum normalement développé.

En ce qui concerne l'âge auquel il convient d'opérer, je crois qu'il est préférable de ne pas opérer dans le tout jeune âge, à moins qu'on y soit forcé par des circonstances spéciales, telles que hernie, si fréquente dans les ectopies, douleurs, etc. Mieux vaut opérer avant la puberté pour que le testicule fixé en bonne position puisse bénéficier du développement du système génital qui a lieu à ce moment. Mais j'ai opéré des jeunes gens de dix-sept, dix-neuf et vingt-cinq ans dans des conditions encore très favorables pour l'avenir du testicule ectopié.

Au point de vue du manuel opératoire, je n'hésite pas à sectionner tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent et l'artère déférentielle, lorsque je juge ces sections indispensables pour faire descendre le testicule en bonne place, et cela sans tiraillements. Voilà huit ans que je suis cette pratique. J'avais, en effet, plusieurs fois fait cette constatation, à l'époque où l'on traitait les prostatiques par la section des éléments du cordon, que l'on pouvait sectionner entre deux ligatures le cordon en entier, y compris le canal déférent, sans provoquer de sphacèle du testicule, ni même parfois d'atrophie apparente de la glande.

Cette conservation post-opératoire du testicule ne s'expliquant pas par les données anatomiques alors en cours, je priai un de mes internes, le Dr Juste COLLE, de consacrer sa thèse inaugurale à l'explication du fait. Or, après de consciencieuses recherches, M. COLLE a pu démontrer « qu'à côté de l'anastomose signalée par TESTUT et PASTEAU, entre l'épididymaire et la déférentielle, il existe un gros rameau artériel qui émane de la testiculaire interne, à une hauteur variable suivant les sujets. Ce rameau va se confondre avec la déférentielle, en sorte que ces deux artères. après s'être abouchées à plein canal pour se terminer directement l'une dans l'autre, forment une anse continue. C'est dans cette anse testiculo-déférentielle que se jette perpendiculairement, en T, un gros rameau artériel qui n'est autre que la terminaison de l'artère funiculaire. C'est cette anse anastomotique constituée par le testiculaire (spermatique), la déférentielle et la funiculaire, que M. COLLE a proposé de dénommer « anastomose funiculo-spermatico-déférentielle. »

J'ai eu l'occasion de signaler l'importance de ce fait anatomique à la Société de chirurgie en 1902, lors de la discussion qui y eut lieu sur le traitement de l'ectopie testiculaire. M. MIGNON ayant présenté trois malades dont il n'avait pu amener le testicule jusque dans les bourses qu'après la section des divers éléments du cordon, à l'exception du canal déférent et de l'artère déférentielle, comme quelques membres de la Société auguraient mal de l'avenir de ces testicules, je pus citer des faits analogues de conservation de la glande, conservation qu'on ne pouvait expliquer que par l'existence de l'anastomose funiculo-spermatico-déférentielle.

Pour maintenir dans les bourses le testicule ectopié, j'ai recours à une variante du procédé de M. WALTHER. Une fois le testicule descendu, j'effondre la cloison des bourses pour y introduire le testicule ectopié, les deux testicules sont alors suturés l'un à l'autre au moyen d'une soie ou d'un catgut, puis l'orifice de la cloison est rétréci par une suture en bourse qui maintient le testicule en bonne position. J'ai revu tout récemment quelques-uns de mes opérés, et chez trois d'entre eux, il n'est guère possible de distinguer de quel côté a eu lieu l'opération.

Si l'opération de l'ectopie testiculaire n'est pas toujours facile, tant s'en faut, en revanche les suites en sont presque toujours des plus bénignes. La seule chose à craindre c'est, au cours de la convalescence, de voir remonter le testicule en cause.

Aussi est-il important, au cours de l'opération, de ne commencer la fixation du testicule qu'après avoir obtenu le maximum d'abaissement de la glande. Tout testicule ectopié qu'on ne peut fixer dans les bourses que par un tiraillement du cordon est fatalement voué à remonter plus ou moins, surtout chez certains enfants à cicatrice exubérante qui enserre une partie du cordon et le ratatine au détriment de sa longueur, Ainsi que l'a fait remarquer M. WALTHER, on a d'autant plus de facilité pour rendre au cordon sa longueur nécessaire que l'on remonte plus haut, jusqu'au delà du canal inguinal, de façon à détruire toutes les adhérences qui peuvent brider à ce niveau ses divers éléments.

Considérations sur la pathogénie du Genu Recurvatum dans la coxalgie. Influence des contractures,

par M. le Dr **Bachmann**, médecin-résident au Sanatorium de Saint-Pol-sur Mer.

(Articles parus dans les numéros du 2 et du 9 décembre 1906)

ERRATA

Page 515, — *Colonne 1*, — *4me ligne*, au lieu de : « Apposé par le sommet, » lire « Opposés par le sommet ; »

Colonne II, — *15me ligne*, au lieu de : « genu *valgum* double, » lire, « genu *recurvatum* double ; »

— *en bas*, au lieu de : « circonférence des cuisses : 33 cm. de chaque côté ; » lire, « circonférence des cuisses : 23 cm. de chaque côté ; »

et au lieu de : « circonférence des *hanches*.... », lire, « circonférence des *jambes*.... ».

Page 549, — *colonne II, 40me ligne*, au lieu de : «flexion *rotative* », lire, « flexion, *rotation* ? »

Page 550, — *colonne I*, — *en bas*, au lieu de, « Angle de 450 (flexion) », lire, « Angle de 45° (flexion) ».

Page 559, — *colonne II. — avant-dernière ligne*, au lieu de « *quatre* fois », lire, « *cinq* fois » (*erreur du manuscrit*) ;

au lieu de « n'existait *pas* du côté malade », lire « n'existait *que* du côté malade ».

Page 561, — *colonne I*, — *19me ligne*, au lieu de « Bandes *de toile de dyachylon*, » lire, « Bandes de toile *ou* de dyachylon ; »

— *au bas de la page*, au lieu de, « Réduire au minimum l'atrophie du membre malade, pour cela *immobiliser* le mieux et le plus vite possible *avec*, » lire, « Réduire au minimum l'atrophie du membre malade, pour cela *en finir* le mieux et le plus vite possible *avec* ; »

Colonne II, au lieu de, « extension presque complète avec *altération* moyenne, » lire, « extension presque complète avec *abduction* moyenne. »

NOUVELLES & INFORMATIONS

Les épreuves du **Concours d'agrégation** (section de médecine) ont commencé le 17 décembre à Paris devant un jury composé de MM. les profes. DEBOVE, CORNIL DIEULAFOY, HUTINEL, BRISSAUD, de Paris ; CARRIEUX, de Montpellier ; COMBEMALE, de Lille ; ARLOING, de Lyon ; MOUSSOUS, de Bordeaux. Dès le 18 a eu lieu l'épreuve de trois-quarts d'heure après trois heures de préparation sans livres.

Le mardi 18 décembre 1906, M. le docteur GAULTIER (de Paris) a traité *de la paralysie du nerf facial* ; M. le docteur MARIE (de Paris) a parlé sur la *bronchite capillaire* ; M. le docteur MOURIQUAND (de Lyon) sur *le diabète pancréatique*.

Le mercredi 19 décembre 1906, M. le docteur BOUSQUET (de Montpellier) a eu à traiter *de la tuberculose des ganglions bronchiques* ; M. le docteur SOREL (de Toulouse), *de l'obésité* ; M. le docteur LAGRIFFOUL (de Montpellier), des *phtisies professionnelles*.

Le jeudi 20 décembre 1906, M. le docteur LŒPER (de Paris) a disserté sur *les gangrènes symétriques des extrémités*. M. le docteur BERTIN (de Lille), sur *les œdèmes du poumon* ; M. le docteur SICARD (de Paris) sur la *chlorose*.

Le vendredi 21 décembre 1906, M. le docteur GANDY (de Paris) a fait une leçon sur les *cavernes pulmonaires* ; M. le docteur GRENET (de Paris), sur le *cancer pleuro-pulmonaire* ; M. le docteur LESIEUR (de Lyon), sur les *pleurésies hémorrhagiques*.

Le samedi 22 décembre 1906, M. le docteur GARNIER (de Paris) a parlé sur l'*actinomycose* ; M. le docteur BÉRIEL (de Lyon) sur la *colique néphrétique* ; M. le docteur POROT (de Lyon) sur l'*attaque d'apoplexie*.

Le lundi 24 décembre 1906, M. le docteur LÉPINE (de Lyon) a présenté la *tuberculose chronique de l'intestin* ; M. le docteur DALOUS (de Toulouse) *le tétanos* ; M. le docteur BONNAMOUR (de Lyon) *les malformations congénitales du cœur*.

Le mercredi 26 décembre 1906, M. le docteur DETOT (de Paris) a parlé des *paralysies alcooliques* ; M. le docteur CASTAIGNE (de Paris) de la *tuberculose hépatique* ; M. le docteur FERRAND, des *embolies pulmonaires*.

Le jeudi 27 décembre 1906, M. le docteur RIMBAUD (de Montpellier) a traité des *angines pseudo-membraneuses* ; M. le docteur CRUCHET (de Bordeaux) de la *péritonite par perforation* ; M. le docteur NOBÉCOURT (de Paris) *de la varicelle*.

Le vendredi 28 décembre 1906, M. le docteur BRETON (de Lille) a disserté sur *le rétrécissement mitral* ; M. le docteur MARTIN (de Lyon) sur *les complications pleuro-pulmonaires de la fièvre typhoïde* ; M. le docteur CARLES (de Bordeaux) sur *la mort dans la fièvre typhoïde*.

UNIVERSITÉ DE LILLE

— Des **Bourses** ont été accordées à plusieurs élèves de notre Faculté : M. LESUR, étudiant en médecine, a obtenu un quart de bourse, M. DUVILLIER, étudiant en médecine, M. LESCARCELLE, étudiant en pharmacie, une demi-bourse.

Soutenances de thèse

M. E.-J.-B.-P. LEMOINE, de Vitry-en-Artois (Pas-de-Calais), interne des hôpitaux, a soutenu avec succès le vendredi 28 décembre, sa thèse de doctorat (n° 7) intitulée *sur la charpente conjonctive du muscle lisse*.

M. F.-J.-B.-H. DERNONCOUR, d'Orchies (Nord), a soutenu avec succès le vendredi 28 décembre, sa thèse de doctorat (n° 8) intitulée *des réparations chirurgicales des ligaments croisés*.

— M. E.-L.-P. MARLIER, de Sains (Nord) a soutenu avec succès, le samedi 29 décembre 1906, sa thèse de doctorat (n° 9) intitulée : *Contribution à l'étude de la pleurésie purulente interlobaire chez l'enfant*.

M. H.-D. MEURIN, d'Erquinghem-sur-la-Lys (Nord), a soutenu avec succès, le samedi 22 décembre 1906, sa thèse de doctorat universitaire (mention pharmacie) sur le sujet : *Etude sur la diffusion du lithium dans le règne végétal et en particulier dans les denrées alimentaires*.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de MM. les docteurs SEDILLOT, de Ladon (Loiret) ; Lucien LABBÉ, de Port-Gueydon (Algérie).

TABLE DES MATIÈRES

Les astérisques placés en suite d'un nombre indiquent que, de deux numéros consécutifs du journal ayant la même pagination, c'est du second qu'il s'agit.

Lille. — Imp. Le Bigot frères, rue Nicolas-Leblanc. Le Gérant : Ch. TUAL.

